

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MONIQUE BUIGNET.

SYNDROMES CLINIQUES ET STRATÉGIES D'ADAPTATION
CHEZ
LES PATIENTS SOUFFRANT DE MAUX DE TÊTE CHRONIQUES

MAI 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette étude s'intéresse aux syndromes cliniques et aux stratégies d'adaptation ainsi qu'à la relation entre ces deux dimensions psychologiques chez des patients souffrant de différents types de céphalées chroniques. Les sujets sont tous suivis en clinique spécialisée dans le traitement des céphalées. L'échantillon est composé de 40 sujets souffrant de migraines, 40 sujets souffrant de céphalées mixtes et 40 sujets souffrant de céphalées de Horton. Ils ont été rencontrés lors d'une visite chez leur médecin spécialiste à la Clinique de la Migraine et évalués à l'aide d'un Questionnaire Général, de l'Échelle Visuelle Analogique, du Questionnaire de Stratégies d'Adaptation (CSQ) et du Questionnaire PRIME-MD. Globalement les résultats démontrent que les sujets ne diffèrent pas en termes de syndromes cliniques et de réponse au traitement. Des différences sont notées dans la réponse adaptative. Le type de céphalée est relié au choix des stratégies d'adaptation. Ainsi, les sujets souffrant de migraines recourent plus à la réinterprétation, les sujets souffrant de céphalées mixtes privilégient la confrontation, tandis que les sujets souffrant de céphalées de Horton recourent davantage à la catastrophisation, à la prière et à l'espoir, de plus ces derniers se perçoivent plus limités dans les activités quotidiennes. Il existe une relation entre la catastrophisation et la dépression majeure et entre la confrontation et le trouble de panique. La réponse au traitement est influencée par les syndromes cliniques et non par le type de mal de tête, les patients présentant une dépression majeure ou de l'hypocondrie répondent moins bien au traitement. L'évaluation de cette population procure des informations quantitatives et qualitatives qui peuvent éclairer avantageusement le jugement clinique des intervenants en santé physique et mentale. D'autres recherches dans cette direction permettraient de mieux comprendre la complexité des cas de céphalées chroniques.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciments.....	vii
Introduction.....	1
 Chapitre 1: Contexte théorique.....	 5
1.1 Types de céphalées.....	6
1.1.1 Migraine.....	7
1.1.2 Coexistence de migraine et de céphalée de tension.....	9
1.1.3 Céphalée de Horton.....	11
1.2 Psychopathologie et douleur reliée aux céphalées.....	13
1.2.1 Troubles de l'humeur.....	14
1.2.2 Troubles de l'anxiété.....	14
1.2.3 Hypochondrie ou troubles somatoformes.....	15
1.2.4 Névrosisme.....	15
1.2.5 Comorbidité.....	16
1.2.6 Psychopathologie des cas chroniques et réfractaires.....	17
1.2.7 Psychopathologie selon le type de céphalée.....	18
1.3 Stratégies d'adaptation.....	22
1.3.1 Classification des stratégies par thème.....	23
1.3.2 Réponse adaptative et mode de recrutement.....	24
1.3.3 Réponse adaptative et temps d'exposition à la douleur.....	24
1.4 Relation entre les modes d'adaptation et les syndromes cliniques.....	26

1.5	Objectifs et questions de recherche.....	29
Chapitre II: Méthodologie.....31		
2.1	Sujets.....	32
2.2	Instruments de mesure.....	35
2.3	Déroulement de l'expérimentation.....	41
2.4	Plan de l'expérience.....	43
Chapitre III: Présentation et analyse des résultats.....46		
3.1	Analyses statistiques.....	47
3.2	Présentations des résultats.....	49
3.2.1	Analyses préalables: vérification de la mesure des stratégies d'adaptation.....	49
3.2.2	Analyses principales.....	52
3.2.3	Analyses complémentaires.....	60
Chapitre IV Discussion.....64		
4.1	Structuration des échelles.....	65
4.2	Questions de recherche principales.....	66
4.3	Questions de recherche complémentaires.....	69
4.4	Critique du PRIME-MD.....	71
4.5	Limites de cette recherche et suggestions.....	72
Conclusion.....		73
Références.....		76

Appendices.....	84
Appendice A: Données brutes sur les syndromes cliniques.....	85
Corrélations entre les stratégies d'adaptation.....	86
Appendice B: Étape I.....	87
Présentation écrite de la recherche aux patients.....	88
Questionnaire Général.....	89
Questionnaire des Stratégies d'Adaptation.....	92
Questionnaire PRIME-MD destiné au patient.....	95
Appendice C: Étape II.....	96
Fiche Médicale.....	97
Échelle Visuelle Analogique.....	99
Questionnaire PRIME-MD.....	100
Résumé.....	106

Liste des tableaux

Tableau

1	Diagnostic de la Migraine selon les Critères de l'IHS.....	8
2	Diagnostic de la Céphalée de Tension selon les Critères de l'IHS.....	10
3	Diagnostic de la Céphalée de Horton selon les Critères de l'IHS.....	12
4	Fréquence et Pourcentage de Sujets Répartis selon la Perception de l'État de Santé Général.....	34
5	Items Retranchés de l'Instrument.....	50
6	Cohérence Interne des Échelles du CSQ.....	51
7	Analyse de Variance des Résultats aux Stratégies d'Adaptation et Modes d'Adaptation à la Douleur selon le Type de Céphalée.....	55
8	Analyse de Covariance du Mode d'Adaptation selon les Syndromes Cliniques et le Type de Céphalée.....	59
9	Analyse de Variance des Résultats de l'Impact des Maux de Tête sur les Activités selon le Type de Céphalée.....	63

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance tout d'abord à sa directrice de mémoire, madame Marie-Claude Denis, Ph.D. professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée, au Docteur Jacques Meloche directeur et fondateur de la Clinique de la Migraine de Montréal et à toute son équipe pour leur grande disponibilité et flexibilité dans le cadre de l'expérimentation.

Introduction

Les maux de tête posent un problème de santé important à plusieurs égards. D'abord leur prévalence est élevée: 54% de la population canadienne en est atteinte. Leur incidence est plus répandue chez les personnes âgées de 25 à 34 ans. L'impact social et économique est considérable: près de 85% des migraineux et des sujets souffrant de céphalées de tension doivent réduire considérablement, et même parfois, cesser toute activité en période de crise (Migraine Trust, 1990 et Jones et Harrop, 1990). Environ 19% de la population canadienne doit interrompre temporairement le travail de façon intermittente. Si on considère qu'un sujet porteur de céphalée perd en moyenne 4 jours de travail par année au salaire minimum, l'impact de ces absences entraîne une perte globale de près d'un milliard de dollars pour le Canada. Ces chiffres ne tiennent pas compte de ceux qui peuvent continuer à travailler, mais avec une productivité diminuée. Au moins 76% des migraineux rapportent que leurs céphalées limitent leur capacité de mener leurs activités quotidiennes. Interrogés sur les domaines dans lesquels la migraine restreint le plus leurs activités, la plupart indiquent les activités familiales (22%), les activités sociales viennent en deuxième (19%) et les arrêts de travail sont mentionnés dans 9% des cas. D'autre part, on note une utilisation fréquente des analgésiques chez près d'un quart des migraineux. Selon la documentation médicale actuelle, ceux qui prennent un analgésique trois fois ou plus par semaine risquent de souffrir à plus ou moins court terme de céphalées de rebond. Ces données suggèrent donc que 300 000 personnes au Québec courent le risque de céphalées de rebond à cause d'une utilisation excessive d'analgésiques.

L'un des problèmes des céphalées est la pluralité de ses causes qui en font, malgré sa prévalence élevée, un problème mal connu des professionnels de la santé. Nous connaissons tous ou avons tous entendu parler de la migraine; elle n'est toutefois pas la céphalée la plus fréquente et il importe de la distinguer des autres, en particulier des céphalées de tension, des céphalées mixtes et des céphalalgies d'autres causes telle la céphalée de Horton. La céphalée est un phénomène douloureux. À partir du milieu du 20^{ème} siècle et des 25 quelques années qui ont suivi, des théories psychologiques se faisaient compétition pour tenter d'expliquer la persistance de la douleur en dépit d'un traitement médical. Avec la maturation des théories psychologiques et la meilleure compréhension du phénomène de la douleur comme phénomène complexe, des explications multithéoriques faisant appel à l'interaction de causes physiologiques et psychologiques multiples furent élaborées. On constate un intérêt renouvelé pour la physiopathologie des douleurs difficiles à comprendre, mais contrairement aux anciens concepts sensoriels, l'influence modulatrice des facteurs psychologiques dans l'explication des phénomènes de la douleur est désormais incorporée. La recherche a commencé à faire la lumière sur les facteurs psychologiques, ceux qui exacerbent et perpétuent la douleur (Gamsa, 1994). L'étude systématique montre que l'anxiété et la dépression contribuent à la douleur, que certains troubles mentaux et certains styles cognitifs sont associés à la douleur chronique, et que dans certains cas la douleur est maintenue par des gains secondaires.

Parmi les études sur la douleur chronique, deux grands champs de la psychologie ressortent: il s'agit des syndromes cliniques et des stratégies d'adaptation. Tout en reconnaissant l'importance du problème physiologique des céphalées, ce sont ces deux dimensions psychologiques qui retiendront notre attention. Or, ce qu'on sait sur les

composantes psychologiques ne réfère qu'à certains types de céphalées telles les migraines et les céphalées de tension. On sait très peu de chose sur les autres types, c'est à dire les céphalées mixtes et les céphalées de Horton qui feront l'objet de notre étude. D'autre part, la relation entre les syndromes cliniques et la réponse adaptative chez les patients souffrant de céphalées a fait l'objet de peu d'études à ce jour. Seuls les auteurs Spinhoven, Jochems, Linssen et Bognards (1990) ont examiné ce genre de relation chez une population souffrant exclusivement de céphalées de tension.

L'objectif de cette étude est donc d'examiner plus en profondeur les syndromes cliniques et les stratégies d'adaptation ainsi que la relation entre ces deux dimensions psychologiques chez les trois types de céphalées qui feront l'objet de notre recherche.

Le présent travail comporte quatre parties. Le premier chapitre est consacré aux caractéristiques des trois groupes de céphalées chroniques, à la psychopathologie associée aux céphalées, aux syndromes cliniques et à la réponse adaptative. Le deuxième chapitre présente la méthode de recherche qui explique le processus de sélection des échantillons ainsi que le déroulement de l'expérience. Le troisième chapitre présente les résultats et le quatrième chapitre se consacre à leur interprétation et à leur discussion.

Chapitre I

Contexte théorique

Ce premier chapitre contient cinq sections. La première présente la définition de chaque type de céphalées ainsi que le mode universel de classification et les critères diagnostiques de ces dernières. La deuxième section regarde la psychopathologie et plus particulièrement les syndromes cliniques reliés aux céphalées. La troisième partie présente les stratégies d'adaptation face aux maux de tête, tandis que la section suivante explore la relation entre les syndromes cliniques et la réponse adaptative. La dernière section est consacrée aux objectifs et aux hypothèses formulées dans cette recherche.

1.1 Types de céphalées

La classification et les critères diagnostiques des céphalées retenus dans cette étude reposeront sur les critères de l'International Headache Society (I.H.S). Le problème rencontré dans de nombreuses études est l'utilisation de plusieurs termes pour décrire et diagnostiquer les céphalées, d'où la difficulté de comparer des données de travaux faits dans différents pays. Pour éviter ce problème de sémantique et pour permettre une uniformisation nécessaire tant au plan clinique qu'au plan de la recherche, l'International Headache Society, sous l'égide de Jes Olesen (1990), a entrepris de créer cette classification évolutive, régulièrement révisée en fonction des remarques et critiques qui en sont faites par les utilisateurs. L'utilisation universelle des mêmes critères diagnostiques devrait faciliter les travaux de recherche et permettre des discussions plus fructueuses.

1.1.1 La migraine

La migraine est une affection génétique qui atteint plus de femmes que d'hommes. La fréquence maximale est observée dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans. Les connaissances les plus universellement acceptées sur la migraine proviennent de l'International Headache Society (1990). Cette affection se manifeste par des crises de céphalées idiopathiques récurrentes, durant de 4 à 72 heures. Les caractéristiques typiques des céphalées migraineuses sont la localisation unilatérale, le caractère pulsatile, l'intensité modérée ou sévère, l'aggravation par l'activité physique ordinaire et l'association avec nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie.

Les mécanismes de la pathogenèse de la migraine ne sont pas encore parfaitement élucidés. Pendant des dizaines d'années, on a cru que la constriction et la dilatation des vaisseaux cérébraux expliquaient tous les symptômes de la migraine. Une théorie est aujourd'hui proposée selon laquelle des mécanismes neurogènes et neurovasculaires seraient à l'origine de la migraine; selon cette théorie une crise de migraine naît dans le système nerveux central, dans le réseau sérotoninergique du tronc cérébral. On observe aussi une inflammation neurogène de la paroi artérielle des vaisseaux à la base du crâne, c'est à elle qu'on attribue la douleur de la migraine (Moskowitz, 1994). L'hypothèse neurogène a récemment reçu un appui considérable suite à une étude de Weiller, May, Limmroth, Juptner, Kaube, Schayck et al. (1995) chez neuf sujets en crise. L'étude du flux cérébral et de l'activité neuronale par tomographie par émission de positrons (PET scan), avant et après administration de sumatriptan, a démontré la persistance, après sumatriptan, d'une activation du flux du tronc cérébral controlatérale à la crise. De nombreux facteurs participent à la pathogenèse des céphalées, notamment les troubles

psychologiques, les facteurs environnementaux et les problèmes liés à l'abus de drogues (Sheftell, 1992). La sévérité de la migraine se base sur trois facteurs: la durée, l'intensité et la fréquence des crises. Pour satisfaire au diagnostic de migraine, une céphalée doit absolument rencontrer des critères diagnostiques précis notés au Tableau 1.

Tableau 1
Diagnostic de la Migraine selon les Critères de l'IHS

Critères	Migraine
A. Nombre de crises	Au moins 5 crises
B. Durée de la crise	De 4 à 72 heures
C. Description	Unilatérale, pulsatile, modérée à sévère, aggravée par l'activité physique de routine et associée à nausées, phonophobie et / ou photophobie
D. Caractéristiques	Au moins 2 des caractéristiques suivantes: 1. Unilatérale, 2. Pulsatile, 3. Modérée ou sévère 4. Aggravée par des activités de routine
E. Autres critères	Durant les crises, au moins 1 des caractéristiques suivantes: 1. L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un diagnostic de céphalée organique, traumatique, toxique, infectieuse, métabolique (c.-à-d. les groupes codés de 5 à 11 de la classification de l'IHS) 2. Une perturbation codée de 5 à 11 de la classification de l'IHS est éliminée par des investigations complémentaires ou, si elle n'est pas reliée dans le temps aux épisodes de migraine

1.1.2 Coexistence de la migraine et de la céphalée de tension

Les anciennes dénominations de la céphalée de tension faisaient référence à la céphalée de tension musculaire, la céphalée psychomyogène, la céphalée de stress et la céphalée psychogène. Ces céphalées impliquaient des mécanismes psychologiques comme faisant partie du syndrome céphalalgique, mais nous savons aujourd'hui que le phénomène de tension musculaire n'est pas étiologique. Les connaissances les plus universellement acceptées sur la céphalée de tension (CDT) proviennent de l'International Headache Society (1990). Ce mal de tête est bien différent de la migraine. La CDT présente des épisodes récurrents de céphalées durant de quelques minutes à plusieurs jours. La douleur typique se manifeste par pression ou par serrement, elle est d'intensité moyenne ou modérée, bilatérale et ne s'aggrave pas avec l'activité physique usuelle. Les nausées sont absentes mais la photophobie ou la phonophobie peuvent être présentes. Pour satisfaire au diagnostic de céphalée de tension, une céphalée doit absolument rencontrer des critères diagnostiques précis notés au Tableau 2.

Migraine et céphalée de tension coexistent souvent chez un même malade. D'ailleurs, dans la réalité clinique, la prévalence de patients atteints de céphalées mixtes est de beaucoup supérieure à celle de patients présentant un diagnostic de céphalée de tension pure. Les appellations "céphalée combinée" et "céphalée mixte" sont utilisées de façon interchangeable dans la littérature scientifique.

Tableau 2
Diagnostic de la Céphalée de Tension selon les Critères de l'IHS

Critères	Céphalée de tension
A. Nombre de crises	Au moins 5 crises
B. Durée de la crise	De 30 minutes à 7 jours
C. Description	Unilatérale, pulsatile, modérée à sévère, aggravée par l'activité physique de routine et associée à nausées, phonophobie et / ou photophobie
D. Caractéristiques	<p>Au moins 2 des caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unilatérale, 2. Pulsatile, 3. Modérée ou sévère 4. Aggravée par des activités de routine
E. Autres critères	<p>Durant les crises, au moins 1 des caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nausées et/ou vomissements 2. Photophobie et phonophobie <p>Durant les crises, les deux caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de vomissements (mais l'anorexie est possible) 2. Pas plus de un des caractères suivants: nausées, photophobie ou phonophobie <p>Au moins une des caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un diagnostic de céphalée organique, traumatique, toxique, infectieuse, métabolique (c.-à-d. les groupes codés de 5 à 11 de la classification de l'IHS) 2. Une perturbation codée de 5 à 11 de la classification de l'IHS est éliminée par des investigations complémentaires

1.1.3 La céphalée de Horton ou Cluster Headache

Cette forme de céphalée se caractérise par des signes, des symptômes et un rythme de survenue bien particuliers. Les crises de douleurs sévères strictement unilatérales ou orbitaires, supraorbitaires et/ou temporales, durant de 15 à 180 minutes et survenant de 1 à 8 fois par jour. Y sont associés un ou plusieurs des caractères suivants: injection conjonctivale (le blanc de l'oeil devient rouge), lacrymation, congestion nasale, rhinorrhée, sudation du front et de la face, myosis, ptosis, oedème de la paupière. Les crises surviennent par série durant des semaines ou des mois (appelées périodes en grappes), séparées par des périodes de rémission durant habituellement des mois ou des années. Environ 10% ont des symptômes chroniques, les crises surviennent pendant plus d'un an, sans rémission ou avec des rémissions durant moins de 14 jours. Durant les pires attaques, l'intensité de la douleur est excruciante, les patients sont incapables de rester allongés et ont tendance à se déplacer comme un lion en cage. L'âge habituel de survenue se situe entre 20 et 40 ans. Pour des raisons inconnues les hommes sont atteints 5 à 6 fois plus souvent que les femmes. La cause de ce mal de tête n'est pas connue. Pour satisfaire au diagnostic de céphalée d'Horton, une céphalée doit absolument rencontrer les critères diagnostiques précis notés au Tableau 3.

Tableau 3

Diagnostic de la Céphalée de Horton selon les critères de l'IHS

Critères	Céphalée de Horton
A. Nombre de crises	Au moins 5 crises
B. Durée de la crise	De 15 à 180 minutes
C. Description	Injection conjonctivale, larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, sudation du front et de la face, myosis, oedème de la paupière
D. Fréquence des crises	De 1 à 8 par jour
E. Autres critères	<p>Durant les crises, les deux caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de vomissements (mais l'anorexie est possible) 2. Pas plus de un des caractères suivants: nausées, photophobie ou phonophobie <p>Au moins une des caractéristiques suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un diagnostic de céphalée organique, traumatique, toxique, infectieuse, métabolique (c.-à-d. les groupes codés de 5 à 11 de la classification de l'IHS) 2. Une perturbation codée de 5 à 11 de la classification de l'IHS est éliminée par des investigations complémentaires 3. Une telle affection existe mais la céphalée de Horton ne survient pas pour la première fois en liaison temporelle étroite avec cette affection

1.2 La psychopathologie et la douleur reliée aux céphalées

La "théorie du portillon" proposée par Melzack et Wall (1965) est la première à intégrer complètement les facteurs psychologiques et physiologiques de façon significative et à faire reconnaître la contribution de la psychologie à l'étude de la douleur au sein de recherches importantes sur la douleur.

La contribution de Melzack (1982) au domaine de la douleur chronique en est une des plus importantes. D'après Melzack, la douleur chronique, celle qui persiste après que la douleur ait cessé de remplir une fonction nécessaire, n'est plus alors un simple symptôme de blessure ou de maladie mais un véritable syndrome de la douleur: un problème médical en soi qui exige une attention pressante. La douleur habituellement liée à la recherche d'un traitement et à des conditions optimales de rétablissement devient alors réfractaire. Un sentiment d'impuissance, de désespoir et d'absurdité envahit les malades, la douleur chronique devient débilite et peut engendrer un état dépressif.

Vers les années 1990, la recherche a commencé à faire la lumière sur les facteurs psychologiques, ceux qui exacerbent et perpétuent la douleur chez des patients souffrant de céphalées. Certains auteurs se sont penchés sur les syndromes cliniques les plus répandus. Selon Arantes Goncalves et Monteiro (1993) les troubles psychopathologiques les plus rencontrés dans l'évaluation de patients souffrant de céphalées de tension sont: les troubles affectifs qui comptent pour 59%, viennent ensuite les troubles d'anxiété qui comptent pour 25% suivis des troubles somatoformes qui comptent pour 16%; la dysthymie est l'état dépressif le plus souvent associé à la céphalée de tension chronique.

1.2.1 Les troubles de l'humeur

Sheftell (1995) rapporte que la relation entre la douleur et la dépression est un phénomène complexe qui suit inlassablement les mêmes cycles. La dépression abaisse le seuil de la tolérance à la douleur, et la douleur entraîne des sentiments de dépression. Cependant, la relation est probablement attribuable à un mécanisme commun aux deux. Il est important de ne pas négliger un diagnostic de dépression majeure parce que, si la céphalée nuit considérablement à la qualité de la vie, la dépression majeure, quant à elle, est associée à un taux de mortalité de 15%. Ce qui est supporté par Breslau, Davis et Andreski (1991); Breslau (1992); Lester, Ferraro et Murphy (1992) qui constatent que le risque de suicide augmente de façon significative lorsqu'il y a une coexistence de migraine et de dépression majeure.

1.2.2 Les troubles de l'anxiété

L'anxiété est souvent associée aux céphalées, migraines et céphalées de tension, particulièrement lorsqu'elles deviennent chroniques. L'anxiété s'accompagne aussi de troubles du système nerveux autonome (Marchesi et al., 1989; Blanchard, Kirsch, Appelbaum, Jaccard, 1989). La personnalité névrotique est associée à la céphalée où une variété de mécanismes psychologiques sont impliqués, comme la somatisation, la conversion, l'obsession et l'hypocondrie (Adler, Adler, Packard, 1987; Blanchard, Kirsch, Appelbaum, Jaccard, 1989; Andrasik, 1990).

Une incidence élevée du trouble de panique est également rapportée. Les patients ayant une histoire médicale de migraine auraient douze (12) fois plus de chance de

développer un trouble de panique lorsque comparés à des sujets non migraineux (Breslau et Davis, 1992)

1.2.3 L'hypocondrie ou les troubles somatoformes

Dans l'hypocondrie, le corps sert d'instrument pour exprimer l'anxiété et/ou la dépression sous-jacentes au trouble accusé. Par exemple, le sentiment d'hostilité ou le rejet que provoquent les doléances sans cesse renouvelées de ces malades n'est parfois que la reproduction du propre rejet de soi, témoignant d'une intense auto-dépréciation (Lalonde et Grunberg, 1988). Plusieurs études psychophysiologiques rapportent une corrélation entre la répression des émotions et le déclenchement des crises de migraine. Le déni des émotions peut conduire à une perception plus marquée des symptômes somatiques (Asendorpf et Scherer, 1983; Passchier et Verhage, 1986; Scarpetti, 1973).

1.2.4 Le névrosisme

Nombreux sont les auteurs qui, à l'intérieur des écrits scientifiques, recourent au terme "triade névrotique", synonyme du névrosisme qui englobe l'hystérie, l'hypocondrie et la dépression. Le névrosisme est défini comme étant une dimension fondamentale de la personnalité au sens de trait de personnalité ou d'affectivité négative qui prédispose quelqu'un à souffrir de symptômes d'anxiété et de dépression (Eysenck, 1970).

Les observations rapportées dans la revue de la littérature d'Ellertsen (1987) se résument de la façon suivante: les mesures objectives de la personnalité chez des patients souffrant de céphalées et d'autres syndromes de douleur révèlent un profil névrotique au

MMPI . Le degré des troubles émotifs et ou psychopathologiques est lié à la durée et à la sévérité des problèmes de douleur. La connaissance disponible à ce jour démontre que les troubles de personnalité se développent ou se révèlent avec le temps et que, dans une large mesure, ces troubles sont une conséquence des problèmes de douleur et, dans une moindre mesure, des facteurs prédisposants.

1.2.5 La comorbidité

Lors de l'évaluation clinique des patients qui souffrent de céphalées, il faut envisager la possibilité que divers autres troubles, tels la dépression majeure, la dysthymie, l'anxiété, les troubles de la personnalité et l'abus de médication peuvent coexister. Selon Sheftell (1995) la plupart des patients croient que la dépression est secondaire à la douleur et ils refusent de faire face aux aspects psychologiques de leur état. Cependant, il est important de tenir compte de tous les facteurs présents, que le patient en reconnaisse ou non l'existence, pour pouvoir lui venir en aide.

Des auteurs se sont penchés sur le problème de la coexistence de l'anxiété et de la dépression chez les patients souffrant de migraine. Selon Merikangas, Angst et Isler (1990); Merikangas, Merikangas et Angst (1993) la migraine ne peut pas être liée à l'anxiété pure, ou à la dépression pure, mais plutôt à une combinaison des deux syndromes cliniques. De plus, la dépression se manifesterait plus tardivement dans la vie contrairement à l'anxiété. Ainsi, un syndrome distinct d'anxiété précoce peut exister, commençant souvent dans l'enfance, suivi de la migraine puis de la dépression. La dépression associée à la migraine est habituellement légère à modérée (Martin, Nathan,

Milech et van Keppel, 1988). La coexistence de l'anxiété et de la migraine augmente significativement les risques de dépression majeure (Breslau et al, 1991).

Après avoir démontré la comorbidité de la migraine et des troubles mentaux, la recherche psychiatrique avance l'hypothèse d'une prédisposition commune pour ces affections, laquelle pourrait provenir d'un désordre sérotoninergique (Passchier et Andrasik, 1993). Cette interprétation est supportée par les affects positifs rapportés par les patients ayant recours aux antidépresseurs comme l'amitriptyline dans le traitement prophylactique de la migraine.

1.2.6 La psychopathologie des cas chroniques et réfractaires

Certains patients référés et suivis en clinique spécialisée dans le traitement des maux de tête semblent réfractaires aux traitements proposés. Ceux-ci demeurent symptomatiques même si la composante de leur céphalée imputable à l'abus de médicaments, la céphalée de rebond, souvent présente au moment d'une première consultation, parvient à être contrôlée. Le rôle de la psychopathologie dans le syndrome de céphalalgies chroniques et réfractaires demeure une question non résolue dans la littérature scientifique. Peu d'études à ce jour ont porté sur cette problématique.

Mathew, Kurman et Perez (1989) ont étudié sur une période moyenne de 42 mois (18 à 72 mois) le pronostic et l'impact sur la santé de la céphalée chronique chez des patients suivis dans une clinique de migraine à Houston aux U.S.A. L'échantillonnage se composait de 451 patients souffrant de céphalées de tension chroniques. Selon ces auteurs, en dépit de tous les traitements, la médication prophylactique, l'abandon des

analgésiques et des sédatifs, le contrôle alimentaire et l'approche thérapeutique behaviorale, 31% des sujets demeurent réfractaires et ne s'améliorent pas. La plupart continuent à avoir des exacerbations périodiques de céphalées avec des épisodes migraineux. Comparés aux autres patients qui montrent une amélioration, les sujets réfractaires consultent plus fréquemment à la clinique de la migraine, certains mêmes nécessitent des hospitalisations répétées, 20% ne sont pas capables de travailler et 10% sont peu productifs au travail. Tous avaient changé d'emploi à plusieurs reprises en raison de leur absentéisme. Le MMPI montre une perturbation dans 100% des cas réfractaires, les scores sont élevés aux échelles cliniques d'hypocondrie, de dépression et d'hystérie. D'autres caractéristiques retiennent l'attention des chercheurs: une incidence plus élevée d'antécédents d'alcoolisme chez les parents, d'abus sexuels dans l'enfance, de problèmes physiques et émotionnels. Ces patients réfractaires semblent présenter un désordre neurobiocomportemental persistant (une mésadaptation comportementale ainsi qu'un dérèglement endocrinien) qui expliquerait l'évidence de céphalées continues (Mathew, 1993).

1.2.7 La psychopathologie selon le type de céphalée

Kudrow et Sutkus (1979) ont évalué 250 patients recrutés en clinique spécialisée. L'échantillonnage couvrait différents types de céphalées. Les auteurs rapportent que les migraineux et les patients souffrant de céphalées de Horton scorent plus bas sur l'échelle du névrosisme, les patients avec céphalées mixtes scorent à un niveau intermédiaire, et ceux avec des céphalées post-traumatiques scorent plus haut, sur l'échelle du névrosisme. Ces résultats sont similaires au patron démontré par des patients souffrant de douleur

chronique présentant un profil caractérisé par le névrosisme avec une élévation des trois premières échelles cliniques: hypocondrie, dépression et hystérie.

Kudrow et Sutkus (1979); Sternbach, Dalessio, Kunzel et Bowman (1980) s'entendent pour dire que les sujets souffrant de céphalées mixtes tendent à être plus anxieux et plus dépressifs que les migraineux. Toutefois ces différences ne sont pas significatives au plan clinique.

Ces conclusions se trouvent partiellement supportées par les travaux de Invernizzi, Gala, Buono, Cittone, Tavola et Conte (1989) qui ont étudié 418 patients référés, souffrant de migraine, de céphalées de tension et de céphalées mixtes sans toutefois utiliser les critères de l'IHS. Les auteurs notent chez les sujets souffrant de céphalées mixtes une élévation significative aux échelles de la triade névrotique. Les sujets migraineux et ceux souffrant de céphalées de tension se comparent aux normes.

Ces études mettent en évidence le fait que la psychopathologie peut différer d'un type de céphalée à un autre. Toutefois, les conclusions des travaux énumérés plus haut ne font pas l'unanimité dans la littérature.

Pfaffenrath, Hummelsberger, Pollmann, Kaube et Rath (1991) ont évalués 434 patients provenant de cliniques spécialisées. L'échantillonnage se composait de patients souffrant de migraines, de céphalées de tension, de céphalées mixtes et de céphalées d'Horton. Le diagnostic de ces patients était basé sur les critères de l'IHS. Ces auteurs rapportent pour leur part, une légère élévation aux échelles cliniques de la triade névrotique pour chacun des groupes.

Dans le cadre d'une autre étude Kurman, Hursey et Mathew (1992) ont évalué des patients souffrant de céphalées chroniques et réfractaires au traitement à l'aide du MMPI-2. Les 81 participants à l'étude étaient suivis depuis plus de trois mois dans une clinique de migraine. L'échantillonnage se composait de trois groupes de patients dont 24 souffraient de céphalées post-traumatiques chroniques, 29 étaient des migraineux réfractaires et 28 présentaient des céphalées de rebond chroniques. Les résultats ne rapportent pas de différence dans les niveaux et les types de psychopathologie à l'intérieur des trois groupes. Les profils de symptômes psychologiques sont comparables dans les trois groupes. Par contre, les trois groupes de diagnostic montrent un large éventail de psychopathologie sur le MMPI-2: le niveau de psychopathologie est substantiel pour ces cas de céphalées chroniques et réfractaires. Ces trois groupes de sujets avaient été retenus parce que représentatifs de patients qui consultent en clinique spécialisée et qui présentent des céphalées sévères et réfractaires où les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans le problème de céphalées présentes et interagir avec les modalités thérapeutiques.

Par ailleurs, Andrasik, Blanchard, Arena, Teders, Teevan et Rodichok (1982) ont comparé 99 patients référés par leur médecin. L'échantillonnage se composait de sujets souffrant de migraines, de céphalées de tension, de céphalées mixtes et de céphalées de Horton. Le diagnostic de ces sujets était basé sur les critères "ad hoc." et non sur ceux de l'IHS. Il s'est avéré qu'aucun des groupes ne présentait une élévation significative aux échelles cliniques d'hypocondrie, de dépression et d'hystérie.

En contradiction aux premières études qui supportaient l'hypothèse de différence (Kudrow et al., 1979; Sternbach et al., 1980; Invernizzi et al., 1989) ces dernières études soutiennent l'hypothèse qu'il n'existe pas de différence en terme de psychopathologie peu

importe le type de céphalées (Pfaffenrath et al., 1991; Kurman et al., 1992; Andrasik et al., 1982).

La plupart de ces études ont été conduites dans des cliniques spécialisées. Toutefois, ces observations pourraient faire l'objet de quelques biais d'ordre méthodologique. Plusieurs n'utilisent pas les critères de classification de l'IHS; la définition des cas de migraine et de céphalée varie considérablement d'une étude à l'autre. Les critères se rapportant à la dépression majeure, à la dysthymie et au trouble de panique ne sont pas retenus alors qu'ils sont les troubles psychiatriques les plus fréquents dans la population clinique étudiée. D'autre part, l'outil de mesure utilisé est toujours le MMPI. Or, Ellertsen (1992) rapporte justement la possibilité d'un biais intrinsèque au MMPI faisant peut être scorer de façon arbitraire des patients souffrant de douleur aux échelles de névrosisme. Le type de céphalée de Horton semble sous-représenté, soit il est absent de certaines études rapportées, soit la taille de l'échantillon est trop petite lorsque comparée aux autres groupes et, par conséquent, peu représentative de cette population. Par ailleurs, les conclusions de ces études sont équivoques. Il ne semble pas y avoir de consensus sur la différence entre les trois types de céphalées qui feront l'objet de notre recherche en regard de la psychopathologie, à savoir: la migraine, les céphalées mixtes et la céphalée de Horton.

De plus, après avoir couvert le thème de la comorbidité et des syndromes cliniques, nous constatons que la littérature rapporte peu d'information sur les céphalées mixtes et les céphalées de Horton. Compte tenu de toutes ces considérations, il apparaît pertinent de comparer le profil psychopathologie de sujets souffrant de migraine, de céphalées mixtes et de céphalées de Horton, ce à quoi s'attachera notre étude.

1.3 Les stratégies d'adaptation

La psychologie reconnaît que certains types de personnalité tendent vers des modes adaptatifs spécifiques, la recherche actuelle tend à démontrer que le type de stresser influence la sélection des types de mécanismes (Mc Crae, 1984, voir Rippetoe et Rogers, 1987). De nombreuses études rapportent que les différences dans l'utilisation des stratégies d'adaptation peuvent jouer un rôle significatif dans l'adaptation à la douleur chronique (Jensen, Turner, Romano et Karoly, 1991b; Turner, 1991; Keefe, Salley et Lefebvre, 1992; Smith et Wallston, 1992; Thompson, Gil, Abrams et Phillips, 1992). Nous examinerons donc de plus près les stratégies d'adaptation à la douleur reliées aux maux de tête, à savoir si les trois types de céphalées représentés dans notre étude (sujets souffrant de migraine, de céphalées mixtes et de céphalées de Horton) recourent à une adaptation différente.

Lazarus et Folkman (1984) entendent par stratégie d'adaptation l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Pour Holmes, Crist et Stevenson (1990) la douleur est une expérience à plusieurs facettes impliquant un stimulus sensoriel stressant, les stratégies d'adaptation sont des réponses cognitives ou comportementales des individus faisant face à des événements stressants comme la douleur. La littérature rapporte que les patients souffrant de douleur chronique, en particulier de maux de dos, utilisent fréquemment une stratégie d'adaptation en réaction à la douleur de type catastrophisation. Cette catastrophisation est un processus cognitif de réaction à la douleur caractérisé par des impressions, des pensées et des pressentiments excessivement négatifs. Cette réaction a été considérée comme une stratégie d'adaptation

inappropriée qui intensifie la perception douloureuse et la dépression (Rosenstiel et Keefe, 1983).

Des études corrélationnelles démontrent que les stratégies d'adaptation comme confronter la douleur, ignorer la douleur et accroître les activités sont associées à un meilleur état psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique (Keefe et Williams, 1990; Jensen et Karoly, 1991). Détourner l'attention de la douleur, l'ignorer et la confronter sont des stratégies d'adaptation associées à un meilleur fonctionnement physique (Jensen et Karoly, 1991).

1.3.1 La classification des stratégies d'adaptation par thème

Rodin et Salovey (1989) ont révisé la littérature touchant les différentes classification des réponses adaptatives. Ils y relèvent les différentes formes de classification; 1) la classification par thème: adaptation centrée sur l'émotion, adaptation centrée sur la résolution de problèmes et l'adaptation centrée sur l'évaluation (p. ex. Moos et Billing, 1982); 2) la classification en réponses évitantes et non-évitantes (Suls et Fletcher, 1985). Malgré que plusieurs systèmes de classification aient été proposés, Lazarus et Folkman, (1984), suggèrent que toutes les stratégies devraient être regroupées en deux grandes catégories soit: l'évitement ou la confrontation. Par ailleurs, Spinhoven, Jochems, Corry, Linssen et Bognards (1994) regroupent les stratégies d'adaptation à la douleur en deux catégories soit: les stratégies d'action ou les stratégies d'impuissance. Toutefois, les résultats sont très controversés quant à la recherche de modes universels d'adaptation.

1.3.2 La mesure de la réponse adaptative et le mode de recrutement des sujets

D'après la recension de nombreuses études, l'instrument psychométrique le plus utilisé pour évaluer les stratégies d'adaptation à la douleur est le Coping Strategy Questionnaire (CSQ) de Rosenstiel et Keefe (1983). Jusqu'à très récemment, les études portant sur cet outil de mesure ont principalement mis l'accent sur l'étude de patients souffrant de douleur et référés par leur médecin pour un traitement behaviorale. Dans une revue méta-analytique des études évaluant le traitement behaviorale chez des sujets souffrant de céphalées de tension récurrentes, on rapporte de meilleurs résultats chez les sujets sollicités (par une annonce parue dans le journal local) comparativement à ceux qui sont référés par leur médecin (Holroyd et Penzien, 1986).

Une étude du Coping Strategy Questionnaire (CSQ) conduite auprès de patients souffrant de maux de dos rapporte chez les patients sollicités un plus bas niveau d'impuissance et un plus haut niveau de contrôle perçu sur la douleur avant le traitement behaviorale comparativement aux patients référés. Il est aussi démontré qu'un niveau plus élevé de contrôle est un bon prédicteur de réduction de douleur à court terme (Spinoven et al., 1994).

1.3.3 La réponse adaptative et le temps d'exposition à la douleur

Des auteurs se sont intéressés à la relation entre mode d'adaptation et temps d'exposition à la douleur. Holmes, Crist et Stevenson (1990) ont étudié l'effet des modes adaptatifs comme l'évitement et la confrontation sur l'adaptation à la douleur, la localisation de la douleur n'est toutefois pas précisée. Pour ce faire ils ont comparé deux

groupes de patients souffrant du même degré de douleur mais se différenciant par la durée du phénomène douloureux. Un groupe était composé de patients souffrant de douleur récente (moins de quatre semaines) et l'autre souffrant de douleur chronique (plus de six mois). Cette différence dans le temps d'exposition à la douleur fait appel à des stratégies d'adaptation différentes. Les patients avec douleur récente sont mieux adaptés, ils rapportent moins de plaintes physiques lorsqu'ils recourent à l'évitement de la douleur (détourner l'attention, la distraction, le déni). Les patients avec douleur chronique sont mieux adaptés, ils rapportent moins de plaintes physiques, lorsqu'ils recourent à des stratégies de confrontation (réinterpréter les sensations de douleur, aller chercher de l'information). Ces résultats supportent les travaux de Mullen et Suls (1982) qui ont émis l'hypothèse que l'évitement produit plus de résultats à court terme et que la confrontation est supérieure à long terme.

En s'appuyant sur la synthèse des écrits, nous savons que les patients souffrant de migraine peuvent présenter de la psychopathologie. Or, la détresse psychologique se trouve corrélée positivement à un mode d'adaptation de type catastrophisation ou impuissance selon plusieurs auteurs (Spinhoven et al., 1990; Revenson et Felton, 1989; Vitaliano et al., 1989). En s'appuyant sur ce modèle qui préconise un lien entre la détresse psychologique et le mode d'adaptation de type catastrophisation chez des sujets souffrant de migraine, il devient intéressant de vérifier chez d'autres types de céphalées si cette relation prévaut.

1.4 La relation entre les modes d'adaptation et les syndromes cliniques

Quelques travaux portent sur le mode d'adaptation de type impuissance-catastrophisation et le névrosisme. Keefe, Brown, Wallston et Caldwell (1989) dans une étude de validité prédictive du Coping Strategy Questionnaire (CSQ), démontrent, chez des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde, que la catastrophisation est une stratégie mal adaptée à la douleur et que cette stratégie est une caractéristique individuelle relativement stable chez des sujets souffrant de douleur chronique (c'est à dire de plus de six mois). De plus, ces auteurs suggèrent que les stratégies d'adaptation à la douleur telles que la catastrophisation pourrait avoir un lien avec d'autres caractéristiques psychologiques stables comme les variables de la personnalité.

L'étude de Spinhoven et al. (1990) citée plus haut avait pour objectif d'examiner la relation entre les stratégies d'adaptation à la douleur, les variables de personnalité et la détresse psychologique chez des sujets souffrant tous de céphalées de tension chroniques. Les sujets étaient divisés en deux groupes, l'un composé de patients référés par le neurologue, l'autre composé de patients ayant répondu à une annonce dans le journal local pour participer à un traitement behaviorale tout comme le premier groupe. Les sujets furent évalués à partir d'une adaptation hollandaise du Coping Strategy Questionnaire (CSQ) de Rosenstiel et Keefe et du Dutch Personality Questionnaire (DPQ) basé sur le California Psychological Inventory. Les auteurs ont démontré que les sujets recouraient rarement à la réinterprétation de la sensation de douleur comme stratégie d'adaptation ($M=1.8$). La confrontation à la douleur ($M=5.2$) était la stratégie la plus fréquemment utilisée suivie par l'ignorance de la douleur ($M=4$) et par l'augmentation du niveau d'activité ($M=3.7$). Ces

résultats convergent avec ceux des recherches précédentes faites auprès de patients souffrant de différents syndromes de douleur; maux de dos, ostéoarthrite, etc...

Dans un deuxième temps, Spinhoven et al. (1990) ont regroupé les stratégies d'adaptation en deux modes d'adaptation auxquels les sujets faisaient appel selon des pourcentages variables: 1) les stratégies d'action comptant pour 38%, les sujets qui affichent un score élevé dans cette catégorie tentent efficacement de supprimer la douleur en ayant recours à des stratégies d'adaptation comme ignorer la douleur, confronter la douleur et accroître le niveau d'activité; 2) les stratégies d'impuissance comptant pour 17%, les sujets qui affichent un score élevé dans cette catégorie rapportent des sentiments d'impuissance ("je ne suis pas capable de m'en sortir") et adhèrent à des stratégies comme la catastrophisation, la prière et l'espoir. Ces auteurs constatent une faible corrélation entre ces deux modes de stratégies d'adaptation à la douleur et les variables de personnalité. Il existe une corrélation positive seulement entre les stratégies d'impuissance et les traits de personnalité d'hostilité et de névrosisme. L'impuissance est associée à la détresse psychologique, au névrosisme et à l'hostilité plus particulièrement chez les patients référés. Les résultats de Spinhoven et al. vont dans le même sens que ceux d'autres études qui démontrent que les patients présentant diverses pathologies médicales, ainsi que des patients psychiatriques sans problème médical, adoptent des stratégies orientées vers les émotions (vs orientées sur le problème) qui s'accompagnent d'un haut niveau de détresse psychologique (Revenson, Felton, 1989; Vitaliano, Katon, Maiuro et Russo, 1989).

Après cette revue de la littérature, nous savons que les patients souffrant de migraine peuvent présenter de la psychopathologie. Or, la détresse psychologique se trouve corrélée à un mode d'adaptation de type catastrophisation ou impuissance selon

plusieurs auteurs (Spinhoven et al. (1990); Revenson, Felton, 1989 et Vitaliano, Katon, Maiuro, Russo, 1989). À partir de ce modèle qui supporte l'existence d'un lien entre la détresse psychologique et le mode d'adaptation de type catastrophisation, il apparaît pertinent de vérifier cette relation entre chaque trouble psychopathologique et chaque mode d'adaptation chez les sujets souffrant de migraines, de céphalées mixtes et de céphalées de Horton.

En conclusion de cet exposé théorique, il est possible de dégager certains éléments qui orienteront le sens de la présente recherche. Contrairement à la migraine ou à la céphalée de tension, rien n'a été relevé dans la littérature scientifique se rapportant à la réponse adaptative chez les groupes de céphalées mixtes et de Horton. Le peu d'information traitant de la psychopathologie chez le groupe de sujets souffrant de céphalées de Horton est également à noter. Or, il s'agit d'une population affectée d'une façon toute particulière par des épisodes de douleur excessive. Les études évaluent rarement ces sous-groupes de céphalées ensemble. Par ailleurs, des études démontrent la pertinence du mode de recrutement des sujets puisque les conclusions en regard de la réponse adaptative sont différentes d'une population à une autre. Selon Holroyd, Penzien (1986); Spinhoven et al. (1994), les patients provenant de cliniques spécialisées, par conséquent référés par leur médecin, présentent des styles d'adaptation de mode impuissance. Plusieurs études font mention d'une prévalence plus élevée de troubles mentaux et d'un mode d'adaptation moins efficace chez la population référée. Ces constatations viennent orienter le choix quant au mode de recrutement des sujets de cette étude. Il sera donc intéressant de vérifier auprès de la population suivie en clinique spécialisée dans le traitement des maux de tête si cette tendance se maintient.

1.5 Objectifs et questions de recherche

L'objectif principal de la présente recherche s'inscrit dans la perspective d'une meilleure connaissance des syndromes cliniques et des styles d'adaptation à la douleur chez des patients souffrant de trois types de céphalées chroniques, soit de migraine, de céphalée mixte, ou de céphalée de Horton, suivis en clinique spécialisée dans le traitement des maux de tête. Le deuxième objectif vise à approfondir la relation pouvant exister entre les syndromes cliniques et les modes d'adaptation à la douleur chez ces mêmes sujets.

S'appuyant donc sur la synthèse des écrits scientifiques et s'inspirant de ce qui a été dit antérieurement, les questions de recherche suivantes seront examinées.

Les questions principales:

La première question de recherche retenue tentera de vérifier s'il existe des différences significatives entre les trois groupes de sujets en termes de syndromes cliniques.

La deuxième question tentera de vérifier s'il existe des différences significatives entre les trois groupes de sujets en termes de réponses adaptatives à la douleur reliées aux maux de têtes chroniques.

La troisième question portera sur l'existence d'une relation entre les syndromes cliniques et les stratégies d'adaptation à la douleur reliées aux différents maux de tête.

La quatrième question tentera de savoir quel est le rapport entre le type de céphalée et le mode d'adaptation en retenant l'effet de variance dû aux syndromes cliniques.

Les questions complémentaires:

Pour favoriser une meilleure connaissance des trois groupes de sujets étudiés, des analyses complémentaires seront effectuées à partir des variables secondaires.

La cinquième question tentera de vérifier s'il existe des différences significatives entre les trois groupes de sujets en terme de réponse au traitement.

La sixième question tentera de vérifier si la présence de syndromes cliniques a un effet sur la réponse au traitement.

La septième question de recherche tentera de vérifier s'il existe des différences significatives entre les trois types de céphalées en terme d'impact des maux de tête sur les activités familiales, sur les activités sociales, sur le rendement au travail et sur l'absentéisme et le nombre de jours d'absence au cours de la dernière année.

Chapitre II

Méthodologie

Le lecteur trouvera à l'intérieur de ce chapitre l'explication détaillée de la procédure quasi-expérimentale de la présente recherche. Dans un premier temps il prendra connaissance du profil des sujets qui ont participé à l'expérimentation. Le chapitre se poursuit avec la présentation des épreuves expérimentales de la recherche. Enfin celui-ci se termine par l'explication du déroulement de l'expérimentation.

2.1 Sujets

La présente section s'intéresse à la description détaillée du profil des sujets qui ont été sélectionnés pour participer à cette recherche. Tel qu'indiqué au chapitre précédent, les sujets ont tous été recrutés sur une base volontaire à la Clinique de la Migraine de Montréal spécialisée dans le traitement des céphalées chroniques. Afin d'être éligibles, ils devaient répondre aux critères suivants: avoir un diagnostic de migraine, de céphalée mixte ou de céphalée de Horton répondant aux critères de l'IHS. Par souci d'uniformité, les sujets ne devaient pas souffrir de maladies graves actives dont les répercussions rendent difficiles l'évaluation des effets de la céphalée (p. ex., cancer, trouble de la thyroïde, trouble cardiaque ou respiratoire, etc...). Ils ne devaient pas souffrir d'incapacités cognitives empêchant de répondre adéquatement aux mesures des variables faisant l'objet de la recherche, ni faire consommation de drogues illicites. Ils devaient bien maîtriser la langue française écrite et parlée.

Un total de 158 patients ont participé à l'expérimentation. De ce nombre, 120 ont été retenus, les autres ne répondant pas aux critères d'inclusion, en raison soit d'une maladie grave active, d'un diagnostic de céphalée de tension sans composante migraineuse, d'un trouble psychiatrique majeur pouvant altérer les cognitions (patients devant être hospitalisés d'urgence), d'une consommation de drogues illicites ou d'une difficulté dans la compréhension du français écrit qui aurait invalidé les questionnaires. L'échantillon se compose de trois groupes: un premier groupe de 40 sujets souffrant de migraines, un second groupe composé de 40 sujets souffrant de céphalées mixtes et d'un troisième groupe composé de 40 sujets souffrant de céphalées de Horton.

Les sujets sont de sexe masculin et féminin. Ils sont âgés de 15 à 65 ans. Le temps de connaissance du diagnostic à la Clinique de la Migraine de Montréal peut varier de 1 mois à 72 mois. Pour être admis à la clinique le patient doit être référé par un médecin et présenter une histoire de mal de tête depuis au moins 6 mois. La raison de cette pratique est d'éliminer les céphalées d'origine organique (tumeurs, méningites, etc....) classifiées de 5 à 11 dans la classification de l'IHS pour ne traiter que les patients présentant une migraine, une céphalée mixte ou une céphalée de Horton avec ou sans facteur aggravant traitable (p. ex., abus de médicaments, etc...).

Quarante (40) sujets de l'échantillon soit 23 femmes et 17 hommes, âgés de 15 à 62 ans ($M = 39.93$, $\text{é.t.} = 11.85$), souffrent de migraine. Quarante (40) autres sujets dont 21 femmes et 19 hommes, âgés de 20 à 64 ans ($M = 42.80$, $\text{é.t.} = 9.87$), souffrent de céphalées mixtes. Le dernier groupe se compose de 40 sujets dont 7 femmes et 33 hommes, âgés de 22 à 65 ans ($M = 42$, $\text{é.t.} = 10$), qui souffrent de céphalées de Horton.

La majorité des sujets sont mariés ou vivent en union de fait (N = 74, 61.7%). Ils détiennent en nombre à peu près équivalent, une scolarité de niveau secondaire (N = 48, 40%) et universitaire (N = 47, 39.2%). Au moment de leur visite à la clinique ils occupaient majoritairement un emploi (N = 90, 75%), les autres sujets étaient au chômage, bénéficiaires de l'aide sociale ou de la CSST, à la retraite ou encore étaient aux études (N = 30, 25%). Tout en prenant en considération leur mal de tête, 68.4% (N= 82) des patients se percevaient en bonne santé (voir tableau 4).

Tableau 4

Fréquence et Pourcentage de Sujets Répartis selon la Perception de l'État de Santé Général

État de santé	N	Pourcentage
Santé excellente/très bonne	38	31.7
Santé bonne	44	36.7
Santé assez bonne/moyenne	32	26.7
Santé mauvaise	6	5

2.2 Les instruments de mesure

Cette section est consacrée à la présentation des différents instruments de mesure utilisés pour la recherche. Il s'agit de la Fiche Médicale, de l'Échelle Visuelle Analogique et du Questionnaire Général comme mesures préalables, suivies des mesures expérimentales regroupant le Questionnaire destiné au patient, le Guide du Clinicien PRIME MD (Spitzer, 1994) et le Questionnaire des Stratégies d'Adaptation (Rosenstiel et Keefe, 1983).

Fiche Médicale

Le dossier médical contient toute une gamme d'informations qui ont servi à sélectionner les sujets d'expérimentation. Seuls les éléments suivants évalués par le médecin traitant ont été retenus: l'histoire du patient, le diagnostic de céphalée selon les critères de l'IHS, la présence ou l'absence d'une maladie médicale grave active, les facteurs médicamenteux de rebond, la présence ou l'absence de troubles cognitifs, l'aptitude ou l'inaptitude au travail, l'intensité de la douleur, la fréquence et la durée des crises de céphalées, l'âge d'apparition des premières céphalées et la réponse au traitement.

La réponse au traitement se divise en trois catégories: bonne, moyenne ou mauvaise. Le patient quantifie quotidiennement l'intensité de sa douleur et sa réponse thérapeutique lorsque la crise se manifeste. Quand ce dernier se présente à la clinique le calendrier est déposé au dossier. Le médecin demande toujours à son patient s'il a observé une amélioration par rapport au début du traitement, subjectivement le patient exprime sa

réponse sous forme de pourcentage. C'est à partir de ces données que le médecin est en mesure de catégoriser la réponse au traitement de son patient.

Échelle Visuelle Analogique

L'intensité de la douleur est mesurée par le patient quotidiennement à l'aide de l'Échelle Visuelle Analogique allant de 0 à 10 puis enregistrée sur le calendrier pour mal de tête. Le patient fait une évaluation tous les soirs de sa situation. L'échelle d'évaluation se divise en quatre catégories. La première catégorie correspond à une céphalée sévère, soit une incapacité totale de fonctionnement normal. La deuxième catégorie correspond à une céphalée modérée, soit une capacité partielle de fonctionner, la performance dans les activités quotidiennes étant diminuée. Une troisième catégorie correspond à une céphalée légère: soit une capacité de fonctionner, la performance étant presque normale. Enfin, une dernière catégorie qui correspond à l'absence de toute céphalée. À chaque visite à la clinique le patient apporte son évaluation qui est portée au dossier médical, ce qui a permis à l'expérimentateur d'établir un score moyen mensuel.

Questionnaire Général

Le questionnaire général permet de recueillir les renseignements généraux concernant le patient: le statut matrimonial, le niveau de scolarité, le type d'occupation, les limites au niveau des activités familiales, sociales, rendement au travail et absentéisme sont mesurées sur une échelle de 0 à 10. Le nombre de jours d'absentéisme durant la dernière année est recueilli également. Pour une connaissance maximale des sujets, les habitudes de

consommation d'analgésiques, de café, de thé et de cigarettes sont intégrées au questionnaire.

PRIME-MD

Le MMPI est l'instrument le plus utilisé dans la majorité des études rapportées mais son utilisation présente des inconvénients théoriques et pratiques.

Au plan théorique, le MMPI n'a pas été développé dans le but d'étudier des patients souffrant de douleur. Il n'y a pas de données normatives recueillies dans une population de patients avec douleur. Plusieurs auteurs dans la littérature scientifique sont critiques quant à l'interprétation des résultats obtenus aux échelles du névrosisme. Certains items mesurent des symptômes corporels ou somatiques qui, par définition, seront cotés comme indices de névrosisme par les individus souffrant de douleur sans pour autant traduire un état névrotique. Si les mêmes items étaient positifs dans la population générale, ils risqueraient de traduire des traits de névrosisme qui n'en seraient toutefois pas s'ils étaient significativement souffrant depuis assez longtemps. Il risque donc d'exister un biais intrinsèque au MMPI administré à des sujets affligés de douleur plus ou moins sévère (Ellertsen, 1987).

Au plan pratique, on peut se demander si des sujets souffrant de maux de tête auraient la capacité d'attention et de concentration suffisante pour répondre à toutes les questions du MMPI. Le risque d'abandon pour certains et d'imprécision pour d'autres est probable chez cette population. À la limite, le fait de soumettre des patients souffrants à un questionnaire aussi laborieux que le MMPI pourrait poser un problème d'éthique.

Ces limites étant devenues évidentes lors de la revue de la littérature, il est apparu intéressant de plutôt utiliser le PRIME-MD (Spitzer et al. 1994). Cet instrument psychométrique offre l'avantage d'avoir été validé chez des populations malades porteuses de maladies chroniques, dont plusieurs s'accompagnent de douleurs.

Le PRIME-MD, acronyme de "Primary Care Evaluation of Mental Disorders" est un nouvel outil diagnostique permettant d'évaluer les troubles mentaux. La méthode a été mise au point par une équipe de chercheurs dirigée par le Dr Spitzer, professeur du Département de psychiatrie de l'Université Columbia de New York en collaboration avec le Département de Recherches Biométriques de l'Institut Psychiatrique de l'État de New York (1994).

Cet instrument de mesure a deux composantes: 1) Un Questionnaire destiné au Patient (QP) d'une page auquel le patient répond avant de voir le médecin. Le QP se compose d'une série de 25 questions à répondre par oui ou non, sur des signes ou des symptômes qu'il aurait pu avoir au cours du dernier mois. Les 25 questions oui/non sont réparties en cinq grandes catégories diagnostiques. Une dernière question porte sur la perception que le patient a de son état de santé général à laquelle il répond à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 niveaux. 2) Un Guide du Clinicien (GC) que le médecin utilise pour obtenir des informations supplémentaires sur les catégories diagnostiques auxquelles les patients ont donné des réponses positives dans le QP.

Les diagnostics du PRIME-MD reposent sur les critères diagnostiques de l'AXE I du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association, quatrième édition (DSM-IV). Cet instrument de mesure retient 16 problèmes

mentaux appartenant aux cinq grandes catégories: troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'alcool, troubles de l'alimentation et troubles somatoformes. Des 16 diagnostics, 7 répondent aux critères du DSM-IV: dépression majeure, rémission partielle ou réapparition de dépression majeure, dysthymie, trouble panique, anxiété généralisée, trouble alimentaire compulsif, troubles multisomatoformes ou problème douloureux somatoforme et hypocondrie. Six diagnostics additionnels sont considérés comme sous le seuil de la pathologie parce que ces critères contiennent moins de symptômes que ceux requis par le DSM-IV. Les diagnostics sous le seuil sont intégrés dans le PRIME-MD parce qu'ils sont souvent associés à une détérioration du fonctionnement du patient qui tirerait avantage à être traité. Ces troubles retenus sont: trouble anxieux non spécifié par ailleurs, problèmes liés à la nutrition (boulimie avec ou sans expulsion), trouble somatoforme non spécifié par ailleurs, trouble dépressif mineur, abus ou dépendance d'alcool. Trois autres diagnostics sont classés dans la catégorie provisoire: trouble dépressif dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue, trouble bipolaire et trouble anxieux dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue.

Les diagnostics de troubles émotionnels courants sont établis à mesure que le clinicien avance dans le GC, lequel se subdivise en cinq modules couvrant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles liés à l'alcoolisme, les troubles de l'alimentation et les troubles somatoformes. Au terme de l'entrevue, le clinicien prend note des diagnostics possibles de l'état du patient sur la dernière page du GC, le résumé. Le QP et le résumé sont ajoutés au dossier du patient. Dans la grille de correction la présence ou non du diagnostic s'inscrit sous une forme dichotomique par oui ou non. Pour évaluer les patients souffrant de céphalées nous ne retiendrons pas les modules liés à l'alcoolisme et à l'alimentation.

Spitzer et al. (1994) dans une étude de validité et d'utilité du PRIME-MD réalisée auprès de 1000 patients, ont voulu vérifier si la fréquence des troubles émotionnels identifiés par le PRIME-MD se comparait à celle obtenue dans d'autres échantillons de soins primaires en recourant à des entrevues semi-structurées plus longues par des professionnels de la santé mentale. L'échantillonnage se composait de patients recrutés dans quatre centres hospitaliers aux États Unis, les sujets souffraient de maladies chroniques les plus communément rencontrées: l'hypertension, l'arthrite, le diabète, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires. En comparant ces deux méthodes d'évaluation diagnostique on constate que le PRIME-MD a une sensibilité de 83% dans sa capacité de dépistage pour l'ensemble des diagnostics, une spécificité de 88% pour tous les problèmes psychologiques sous et au dessus du seuil, une valeur prédictive positive de 80%. Parmi les mille sujets, une proportion ne souffrait d'aucun problème mental. Chez 19% , les cliniciens recrutés n'ont même pas eu besoin d'ouvrir leur propre questionnaire, le formulaire du patient ne révélant rien d'anormal. Dans 42% des cas, ils ont cependant dû pousser davantage l'investigation pour conclure à l'absence de trouble émotionnel. Un des résultats de l'étude est particulièrement révélateur pour vérifier l'utilité du PRIME-MD. Il concerne les 287 patients chez qui on a établi un diagnostic positif et qui étaient déjà suivis par les médecins participants. Les troubles mentaux d'environ la moitié n'avaient pas été décelés avant l'utilisation du test chez ces sujets.

Questionnaire des Stratégies d'Adaptation

Une traduction française du Coping Strategy Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel et Keefe, 1983) a été retenue. C'est un questionnaire de quarante-huit items auquel le sujet répond à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 niveaux. Il regroupe un large éventail de

stratégies (cognitives et comportementales) que les gens utilisent lorsqu'ils ont à faire face à la douleur. Le questionnaire classe les réponses adaptatives selon huit échelles. Ces stratégies se divisent en deux catégories l'une cognitive, l'autre comportementale. La catégorie cognitive regroupe: 1) la stratégie de distraction qui décrit des tentatives pour divertir l'attention de la douleur, 2) la stratégie d'ignorance des sensations de douleur qui décrit des efforts faits pour fonctionner comme si la douleur n'existait pas, 3) la stratégie de confrontation qui décrit des tentatives pour affronter directement la douleur, 4) la stratégie de catastrophisation qui traduit un sentiment d'impuissance face à la douleur et, 5) la stratégie de prière et espoir qui décrit la pensée magique ou les efforts faits pour fuir la douleur. Quant à la catégorie comportementale elle regroupe: 6) la stratégie d'augmentation du niveau d'activité, 7) attitude pour contrer la douleur. Une seule stratégie appartient aux deux catégories: 8) il s'agit de la réinterprétation des sensations de douleur, stratégie perceptivo-cognitive destinée à rendre la douleur plus tolérable. La version originale anglaise de ce questionnaire a fait l'objet de nombreuses études métrologiques démontrant une bonne consistance interne et une fidélité test-retest fiable (Gil, Abrams, Phillips et Keefe, 1987). Des analyses statistiques préliminaires à l'étude des résultats serviront à vérifier le comportement de l'instrument sur les données expérimentales.

2.3 Déroulement de l'expérimentation

La présente section est consacrée à l'explication détaillée du déroulement de la présente recherche.

L'expérimentation se déroulait à la Clinique de la Migraine lors d'une visite chez un des médecins internistes ou neurologues. La veille de la visite, l'expérimentateur

consultait les dossiers de tous les patients devant être vus le lendemain et pouvait ainsi identifier les dossiers répondant aux critères de sélection. Le jour de la visite à la clinique, les secrétaires expliquaient l'objet de l'étude à chaque patient répondant aux critères de sélection et les invitaient à participer à la recherche. Les patients éligibles qui acceptaient de participer à la recherche sur une base volontaire et confidentielle prenaient connaissance du déroulement de celle-ci par le biais d'une lettre qui leur était remise avec les premiers questionnaires à remplir en salle d'attente; le Questionnaire Général permettant de recueillir les informations personnelles pertinentes, le Questionnaire des Stratégies d'Adaptation (traduction du Coping Strategy Questionnaire Rosenstiel et Keefe, 1983) et le Questionnaire PRIME-MD destiné au (à la) Patient (e) (Spitzer, 1994) (Voir appendice B).

Ensuite, les sujets étaient rencontrés individuellement par l'expérimentateur pour l'entrevue. C'est alors que l'expérimentateur complétait la Fiche médicale contenant les informations relatives au profil médical du patient et prenait connaissance de l'Échelle Visuelle Analogique rapportant l'intensité de la douleur, la fréquence et la durée des crises. Puis, il examinait le Questionnaire PRIME-MD rempli par le patient en salle d'attente. Dans 18,3% des cas, une investigation plus poussée n'était pas nécessaire, les sujets étaient alors remerciés pour leur participation et retournés chez eux. Pour 82% des autres patients l'épreuve expérimentale se poursuivait sous forme d'entrevue semi-structurée en administrant le guide du clinicien PRIME-MD (Spitzer, 1994) (Voir appendice C).

Un essai pilote des instruments de mesure a été effectué auprès des dix premiers sujets. Ces résultats n'ont pas été retenus pour les analyses statistiques. Dans les cas où le diagnostic de syndrome clinique s'avérait positif, les résultats étaient communiqués au médecin traitant. Tout au long de l'expérimentation, les patients diagnostiqués comme

ayant besoin de soins psychologiques ont été référés par l'expérimentateur, soit à l'équipe de psychologues de la Clinique de la Migraine, soit aux Centres Communautaires. Le temps de passation de toutes les épreuves, c'est à dire les questionnaires à compléter en salle d'attente par les patients et l'entrevue avec l'expérimentateur, était d'une durée de 30 minutes. L'expérimentation s'est déroulée sur une période de 10 semaines.

2.4 Plan de l'expérience

La section suivante décrit le plan expérimental ainsi que les variables dépendantes et indépendantes de la recherche.

La présente recherche est de nature quasi-expérimentale. Nous présenterons le plan expérimental à trois niveaux qui permettra de répondre aux questions de recherche portant sur les différences intergroupes. Par ailleurs, une mise en relation des variables principales entre elles et des variables principales et secondaires sera effectuée.

Une variable indépendante assignée à 3 niveaux: le type de mal de tête

- 1 Diagnostic de migraine
- 2 Diagnostic de céphalée mixte
- 3 Diagnostic de céphalée de Horton

Huit variables dépendantes : Syndromes cliniques

- 1 Trouble dépressif majeur
- 2 Rémission partielle d'un trouble dépressif
- 3 Dysthymie

- 4 Trouble dépressif mineur
- 5 Trouble panique
- 6 Trouble d'anxiété généralisée
- 7 Troubles anxieux non spécifié par ailleurs
- 8 Hypocondrie -trouble multisomatoforme

Variables combinées:

Troubles de l'humeur

Troubles de l'anxiété

Troubles somatoformes ou hypocondrie

Cinq autres variables dépendantes: Stratégies d'adaptation

- 1 Confrontation
- 2 Catastrophisation
- 2 Prière et espoir
- 4 Réinterprétation
- 5 Distraction

Variables combinées: Modes d'adaptation

Mode impuissance

Mode actif

Variables secondaires (Fiche médicale et Questionnaire général)

Réponse au traitement

Consommation d'analgésiques >4 fois par semaine

Impact des maux de tête sur les activités familiales

Impact des maux de tête sur les activités sociales

Impact des maux de tête sur le rendement au travail

Impact des maux de tête sur l'absentéisme

Nombre de jours d'absence dans la dernière année

Fréquence des crises

Intensité de la douleur

Durée des crises

Consommation quotidienne de cigarette

Consommation quotidienne de café

Perception de l'état de santé globale

Chapitre III

Présentation et analyse des résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats. La première section s'intéresse à la présentation des analyses statistiques. La deuxième section porte sur les résultats liés aux questions de recherche.

3.1 Les analyses statistiques

Afin de répondre aux questions de recherche, les données ont été compilées à l'aide du logiciel SPSS. Différents traitements statistiques ont été effectués. D'abord des statistiques descriptives ont permis de situer l'échantillon.

Les données du questionnaire sur les stratégies d'adaptation (version française du Coping Strategy Questionnaire, Rosentiel & Keefe, 1983) ont été examinées pour vérifier le comportement de la mesure. Ainsi, les analyses suivantes ont été effectuées: la vérification de la pertinence des items qui a conduit à l'élimination de ceux qui ne s'appliquaient pas à la douleur, le calcul de l'alpha de Cronbach pour vérifier la cohérence interne des échelles ayant mené à l'élimination des échelles ayant un $\alpha < .70$

Une analyse descriptive (chi-carré) a permis de répondre à la première question de recherche, à savoir s'il y avait des différences significatives selon le type de mal de tête sur les variables syndromes cliniques.

Une analyse de variance (Oneway) a permis de répondre à la deuxième question, à savoir s'il existait une différence significative selon le type de mal de tête sur les stratégies d'adaptation à la douleur.

Une analyse de corrélation (corrélation non paramétrique de Spearman) a permis de répondre à la troisième question de recherche, à savoir s'il existait une relation entre les syndromes cliniques et les stratégies d'adaptation.

Pour répondre à la quatrième question de recherche, une analyse de covariance (ANOVA) à schème bifactoriel a permis de déterminer quel était le rapport entre le groupe d'appartenance et les stratégies d'adaptation en retenant l'effet de variance dû aux syndromes cliniques. À cette fin, une réduction des données a été effectuée.

Suite à la recension des études, des regroupements thématiques se sont imposés pour répondre à certaines questions de recherche, ce fut le cas des variables stratégies d'adaptation regroupées en deux modes d'adaptation comme l'a démontré Spinhoven, (1994) dans la mise en relation entre la détresse psychologique et les variables de personnalité. Donc, les stratégies d'adaptation à la douleur au nombre de cinq ont été regroupées en deux modes d'adaptation: 1) le mode impuissance regroupant les stratégies: catastrophisation, prière et espoir, 2) le mode actif regroupant les stratégies: confrontation, réinterprétation et distraction. Pour des raisons méthodologiques dans les analyses de variance Anova, les syndromes cliniques ont été regroupés en trois grandes catégories: 1) les troubles de l'anxiété regroupant l'anxiété non spécifiée, l'anxiété généralisée et la panique; 2) les troubles de l'humeur regroupant la dépression mineure, la dépression

majeure, la rémission partielle d'une dépression majeure, la dysthymie; 3) l'hypocondrie regroupant l'hypocondrie ou les troubles somatoformes.

Une autre analyse descriptive (chi-carré) a permis de répondre à la cinquième question de recherche, à savoir s'il y avait des différences significatives selon le groupe sur la variable réponse au traitement.

À la sixième question de recherche, une analyse de variance (Oneway) a permis de savoir si l'appartenance au groupe de céphalées ou la présence de syndromes cliniques avait un effet sur la réponse au traitement.

À la septième et dernière question de recherche, une autre analyse de variance a permis de savoir s'il y avait des différences significatives entre les trois groupes de céphalées en terme d'impact des maux de tête sur les activités familiales, sur les activités sociales, sur le rendement au travail et sur l'absentéisme.

3.2 Présentation des résultats

3.2.1 Analyses préalables: vérification de la mesure des stratégies d'adaptation

Plutôt que de décider a priori de la pertinence des items et des échelles du Questionnaire des Stratégies d'Adaptation (Coping Strategy Questionnaire) pour la douleur chez les sujets souffrant de céphalées chroniques, la mesure a été utilisée dans sa version intégrale comprenant 48 items constituant 8 échelles. L'analyse des résultats expérimentaux a été précédée par l'étude des qualités psychométriques de la mesure afin de

l'ajuster au phénomène de la douleur. Une analyse de l'applicabilité de chaque item constituant l'instrument a donc été faite à partir de l'étude de fréquences des cotes 0 (pas utilisé). Ainsi, les items inutilisés ont été retranchés. Comme l'indique le tableau 5, les items 7, 10 et 13 n'ont pas été retenus pour l'analyse des données.

Tableau 5
Items Retranchés de l'Instrument Original (N= 120)

	Item	N cote 0
item 7	Je lis (stratégie: augmenter le niveau d'activité)	99
item 10	Je compte dans ma tête ou je chante mentalement (stratégie: distraction)	102
item 13	Je fais des jeux dans ma tête pour ne pas penser à la douleur (stratégie: distraction)	107

L'examen de la cohérence interne des échelles permet les constatations suivantes: seuls les coefficients alpha de cinq échelles sur huit sont supérieurs à .70. Le tableau 6 représente les échelles et leur coefficient alpha. Ces résultats concordent avec les études de validation de ce questionnaire faites par Swartzman, Gwadry, Shapiro et Teasell (1994).

Tableau 6
Cohérence Interne des Échelles du CSQ.

Échelle	Alpha de Cronbach de l'échantillon étudié	Alpha de Cronbach original
1. stratégie de confrontation	.80	.72
2. stratégie de réinterprétation	.96	.83
3. stratégie de distraction	.84	.82
4. stratégie de catastrophisation	.92	.86
5. stratégie de prière et espoir	.87	.79
6. Stratégie: ignorer la douleur	.49*	.83
7. stratégie: augmenter l'activité	.51*	.75
8. stratégie: contrer la douleur	.25*	ND

* Échelle non retenue

ND= Alpha de Cronbach non disponible

3.2.2 Analyses principales

Syndromes cliniques et type de céphalée

À l'examen de la question de recherche portant sur les syndromes cliniques et les différences intergroupes: les analyses du chi-carré ne montrent pas de différence significative entre les trois groupes sur la variable troubles de l'humeur [X^2 (5, N = 120) = 3,23, $p > .05$], sur la variable troubles de l'anxiété [X^2 (6, N = 120) = 7.79, $p > .05$], [X^2 (2, N=120) = 3.20, $p > .05$] sur la variable hypocondrie [X^2 (2, N=120) = 3.20, $p > .05$]. Les trois groupes ne diffèrent pas en termes de syndromes cliniques. À titre descriptif on trouvera en annexe la description des résultats bruts (Appendices A).

Stratégies d'adaptation, modes d'adaptation et types de céphalée

À l'examen de la deuxième question de recherche portant sur les stratégies d'adaptation, les modes d'adaptation et les différences intergroupes, les résultats sont les suivants.

En termes de stratégie de confrontation, l'analyse de variance (Oneway) montre une différence significative entre les patients souffrant de céphalées mixtes (Groupe 2) ($M = 11.57$) et les patients souffrant de céphalée de Horton (Groupe 3) ($M = 8.42$), [X^2 (2, N=120) = 3.20, $p > .05$]. Les patients souffrant de céphalées mixtes recourent plus à la stratégie de confrontation que ceux souffrant de céphalée de Horton.

Pour le recours à la stratégie de réinterprétation, l'analyse de variance (Oneway) montre une différence significative [$F(2,117) = 8.01, p < .001$]. Les migraineux (Groupe 1) recourent beaucoup plus à la stratégie d'adaptation de type réinterprétation ($\underline{M} = 7.67$) lorsque comparés aux patients souffrant de céphalées mixtes (Groupe 2) ($\underline{M} = 3.42$) et de céphalée de Horton (Groupe 3) ($\underline{M} = 3.25$).

Quant à l'utilisation de la stratégie de distraction, les résultats d'analyse ne rapportent pas de différence significative intergroupes.

Pour ce qui est de la stratégie de catastrophisation, on observe une différence significative [$F(2,117) = 6.99, p < .01$]. Les patients souffrant de céphalées de Horton ($\underline{M} = 14.67$) recourent beaucoup plus souvent à cette stratégie que les patients atteints de céphalées mixtes ($M = 9.60$).

À la dernière stratégie de type prière et espoir, la différence significative suivante est relevée: les sujets souffrant de céphalées de Horton ($\underline{M} = 11.85$) recourent beaucoup plus à cette stratégie que les patients des deux autres groupes, les céphalées mixtes ($\underline{M} = 8.67$), les migraineux ($\underline{M} = 8.35$), [$F(2,117) = 4.64, p < .05$].

La corrélation entre les stratégies de catastrophisation, de prière et d'espoir confirme le regroupement de ces stratégies en un mode d'adaptation de type impuissance. Par ailleurs, les corrélations entre les stratégies de confrontation, de réinterprétation et de distraction confirment le regroupement en un mode d'adaptation de type actif (voir Appendice A).

Après le regroupement par thème des cinq stratégies d'adaptation en deux modes d'adaptation on relève une différence significative intergroupes dans le mode d'adaptation de type impuissance [$F(2,117) = 7.90, p < .001$]. Les patients souffrant de céphalées de Horton ($\underline{M} = 24.52$) se distinguent des deux autres types de mal de tête en ayant plus souvent recours à ce mode que les migraineux ($M = 19.87$) et les céphalées mixtes ($\underline{M} = 18.27$).

Quant au mode d'adaptation de type actif, nous constatons une différence significative entre les sujets souffrant de migraine et ceux souffrant de céphalées de Horton [$F(2,117) = 6.13, p < .01$]. Les sujets migraineux ($\underline{M} = 23.12$) recourent davantage à un mode d'adaptation actif que les sujets souffrant de céphalées de Horton ($\underline{M} = 14.40$).

Le tableau 7 présente les résultats de l'analyse aux cinq stratégies et aux deux modes d'adaptation selon le type de céphalée.

Tableau 7

Analyse de Variance des Résultats aux Stratégies d'Adaptation et Modes d'Adaptation à la Douleur selon le Type de Céphalée (N=119)

Variables	Migraine	Mixte	Horton	F
	M	M	M	
Confrontation	10.85	11.57 ^a	8.42 ^b	4.20 [*]
Réinterprétation	7.64 ^a	3.42 ^b	3.25 ^b	8.01 ^{***}
Distraction	4.6 ^a	3.80 ^a	2.72 ^a	2.59 ^{ns}
Catastrophisation	11.52 ^{ab}	9.60 ^a	14.67 ^b	6.99 ^{**}
Prière/espoir	8.35 ^a	8.67 ^a	11.85 ^b	4.64 [*]
Mode impuissance	19.87 ^a	18.27 ^a	26.52 ^b	7.90 ^{***}
Mode actif	23.12 ^a	18.80	14.40 ^b	6.13 ^{**}

Note. Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test de Scheffé ($p < .05$)

^{*} $p < .05$. ^{**} $p < .01$ ^{***} $p < .001$

Relation entre les syndromes cliniques et les stratégies d'adaptation

En réponse à la troisième question de recherche à savoir s'il existe une relation entre les stratégies d'adaptation et les syndromes cliniques, on note une corrélation négative entre la stratégie de confrontation et le trouble de panique [$r(120) = -.19, p < .04$]. Plus les sujets présentent un trouble de panique, moins ils recourent à la stratégie de confrontation.

La stratégie de catastrophisation se trouve corrélée positivement à la dépression majeure [$r(120) = .26, p < .01$]. Plus les sujets souffrent de dépression majeure, plus ils recourent à la stratégie de catastrophisation.

Mode d'adaptation selon les syndromes cliniques et le type de céphalée

À l'examen de la quatrième question de recherche à savoir quel est le rapport entre le type de céphalée et le mode d'adaptation en retenant l'effet de variance dû aux syndromes cliniques, les résultats sont les suivants.

Pour le mode impuissance, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet significatif des troubles de l'humeur, [$F(3,108) = 1.86, p > .05$], mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,108) = 8.93, p < .001$]; l'analyse révèle par ailleurs que l'interaction entre les troubles de l'humeur et le type de céphalée n'est pas significative, [$F(6,108) = .68, p > .05$].

Pour le mode actif, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet significatif des troubles de l'humeur, [$F(3,108) = .32, p > .05$], mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,108) = 5.89, p < .01$]; l'analyse révèle par ailleurs que l'interaction entre les troubles de l'humeur et le type de céphalée n'est pas significative, [$F(6,108) = .67, p > .05$].

Pour le mode impuissance, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet significatif des troubles de l'anxiété, [$F(3,108) = 2.43, p > .05$], mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,108) = 9.44, p < .001$]; l'analyse révèle par ailleurs que l'interaction entre les troubles de l'anxiété et le type de céphalée n'est pas significative [$F(6,108) = .45, p > .05$].

Pour le mode actif, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet significatif des troubles de l'anxiété, [$F(3,108) = 2.03, p > .05$] mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,108) = 6.41, p < .01$]; l'analyse révèle par ailleurs que l'interaction entre les troubles de l'anxiété et le type de céphalée n'est pas significative, [$F(6,108) = .84, p > .05$].

Pour le mode impuissance, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet de l'hypocondrie, [$F(1,114) = 1.11, p > .05$], mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,114) = 8.53, p < .001$]; l'analyse révèle par ailleurs que l'interaction entre les troubles de l'anxiété et le type de céphalée n'est pas significative, [$F(2,114) = 2.07, p > .05$].

Pour le mode actif, l'analyse de variance ne révèle pas d'effet de l'hypocondrie seule, [$F(1,114) = 1.53, p > .05$], mais des effets significatifs du type de céphalée, [$F(2,114) = 5.89, p < .01$]. Cette fois l'analyse révèle un effet d'interaction entre le type de céphalée et l'hypocondrie, [$F(5,114) = 4.69, p < .001$]. Les sujets hypocondriaques souffrant de céphalées de Horton recourent plus au mode actif d'adaptation que les sujets migraineux hypocondriaques. Le tableau 8 présente un résumé de l'analyse de covariance.

Tableau 8
Analyse de Covariance du Mode d'Adaptation selon les Syndromes Cliniques et le Type
de céphalée

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Mode impuissance				
Tr. de l'humeur	3	178.96	1.86	n.s.
Type de céphalée	2	859.91	8.93	<.001
Interaction	6	66.13	.68	n.s.
Mode actif				
Tr. de l'humeur	3	40.69	.32	n.s.
Type de céphalée	2	756.81	5.89	<.01
Interaction	6	86.56	.67	n.s.
Mode impuissance				
Tr. de l'anxiété	3	234.03	2.43	n.s.
Type de céphalée	2	907.22	9.44	<.001
Interaction	6	43.04	.45	n.s.
Mode actif				
Tr. de l'anxiété	3	247.22	2.03	n.s.
Type de céphalée	2	781.23	6.41	<.01
Interaction	6	102.23	.84	n.s.

Tableau 8

Analyse de Covariance du Mode d'Adaptation selon les Syndromes Cliniques et le Type de Céphalée (suite)

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Mode impuissance				
Hypocondrie	1	105.86	1.11	n.s.
Type de céphalée	2	811.49	8.53	<.001
Interaction	2	196.68	2.07	n.s.
Mode actif				
Hypocondrie	1	179.23	1.53	n.s.
Type de céphalée	2	688.07	5.89	<.01
Interaction	5	547.41	4.69	<.001

3.2.3 Analyses complémentaires

La réponse au traitement

En vue de répondre à la cinquième question de recherche à savoir si les groupes diffèrent en terme de réponse au traitement, l'analyse du Chi-carré n'indique pas de différence significative entre les trois types de céphalées [$X^2(4, N=118) = 1.56$ p >.05]

À la sixième question de recherche à savoir si la présence de syndromes cliniques a un effet sur la réponse au traitement, on observe des différences significatives entre le type de syndrome clinique et la réponse au traitement. Si l'on observe les troubles de l'humeur [$F(3, 114) = 8.13, p < .001$], les patients souffrant de dépression majeure ($M = 1.81$) répondent moins bien au traitement que les patients dysthymiques ($M = 2.37$) et les patients non dépressifs ($M = 2.67$).

L'analyse se rapportant à la réponse au traitement selon les troubles de l'anxiété ne rapporte pas de différence significative, qu'il s'agisse du trouble de panique, de l'anxiété généralisée et de l'anxiété non spécifiée par ailleurs.

Pour ce qui est de la réponse au traitement et de l'hypocondrie, les résultats du test t révèlent une différence entre les sujets. Les sujets non diagnostiqués hypocondriaques répondent mieux au traitement ($M = 2.50$) que les sujets diagnostiqués ($M = 2.07$), [$t(116) = 2.50, p < .05$].

Impact des maux de tête sur les activités quotidiennes

En réponse à la dernière question de recherche à savoir s'il existe des différences significatives entre les trois groupes de céphalées en terme d'impact des maux de tête sur les activités quotidiennes des sujets, les résultats suivants sont rapportés.

L'analyse de variance rapporte une différence significative intergroupes quant à l'impact sur les activités familiales [$F(2,117) = 14.93, p < .001$]. Les patients souffrant de céphalée de Horton ($M = 7.30$) rapportent plus de limites dans leurs activités familiales

que les patients migraineux ($\underline{M} = 4.95$) et les patients souffrant de céphalées mixtes ($\underline{M} = 4.32$).

On rapporte une différence significative intergroupes quant à l'impact sur les activités sociales [$F(2,117) = 13.08, p < .001$]. Les patients souffrant de céphalée de Horton ($\underline{M} = 7.72$) rapportent plus de limites dans leurs activités sociales que les patients migraineux ($\underline{M} = 5.40$) et les patients souffrant de céphalées mixtes ($\underline{M} = 4.90$).

Une différence significative intergroupes quant à l'impact sur le rendement au travail [$F(2,97) = 11.63, p < .001$] est relevée. Les patients souffrant de céphalée de Horton ($\underline{M} = 7.12$) rapportent plus de limites dans leur rendement au travail que les patients migraineux ($\underline{M} = 4.93$) et les patients souffrant de céphalées mixtes ($\underline{M} = 4.22$).

L'analyse de variance rapporte une différence significative intergroupes quant à l'impact sur l'absentéisme [$F(2,98) = 10.69, p < .001$]. Les patients souffrant de céphalée de Horton ($\underline{M} = 5.34$) rapportent plus d'impact sur l'absentéisme au travail que les patients migraineux ($\underline{M} = 2.60$) et les patients souffrant de céphalées mixtes ($\underline{M} = 2.0$)¹.

Les résultats d'analyse ne rapportent pas de différence significative intergroupes sur la variable nombre de jours d'absence².

Le tableau 9 présente les résultats de l'analyse de variance.

1 Cette donnée est tirée de la question: dans quelle mesure les maux de tête vous limitent-ils? (voir Appendice B questionnaire général).

2. Cette donnée est tirée de la question: combien de journées vous êtes-vous absenté au cours de la dernière année? (voir Appendice B questionnaire général).

Tableau 9

Analyse de Variance des Résultats de l'Impact des Maux de Tête sur les Activités selon le
Type de céphalée

Variables	Migraine	Mixte	Horton	F
	M	M	M	
Activités familiales	4.95 a	4.32 a	7.30 b	14.95*
Activités sociales	5.40 a	4.20 a	7.72 b	13.08*
Rendement au travail	4.93 a	4.22 a	7.12 b	11.63 *
Absentéisme	2.60 a	2.00 a	5.34 b	10.69 *

Note. Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test de Scheffé ($p < .05$)

* $p < .001$

Chapitre IV

Discussion

Ce dernier chapitre présente des voies d'interprétation aux résultats recueillis dans la présente recherche. L'objectif de cette recherche était de vérifier le profil en termes de syndromes cliniques et de réponse adaptative chez trois groupes de sujets atteints de migraines, de céphalées mixtes et de céphalées de Horton suivis en clinique spécialisée. À partir des résultats significatifs, nous décrirons le profil de chaque groupe selon les syndromes cliniques qui les affligent et les styles d'adaptation mis en évidence. De plus, nous essaierons de faire ressortir chez ces trois groupes de céphalées chroniques les démarcations substantielles qui les caractérisent en terme de réponse au traitement et d'impact des maux de tête sur les activités quotidiennes.

4.1 Structuration des échelles du Questionnaire des Stratégies d'adaptation

Avant d'en arriver à l'étude du profil de chaque groupe, il convient de revenir sur la structuration des échelles de l'instrument: stratégies d'adaptation telle qu'elle a été utilisée dans cette recherche. La structuration des échelles a fait l'objet de bien des remaniements dans la littérature (Swartzman, Gwadry, Shapiro et Teasell, 1994). Des études démontrent que le retrait est le comportement le plus communément utilisé par les sujets souffrant de céphalées durant leurs attaques. Ils évitent tous les stimuli qui aggravent leurs symptômes. Durant ces épisodes, les patients ont de la difficulté à penser et à se concentrer (Blau, Path, et MacGregor, 1995), ce qui expliquerait l'absence de certaines stratégies: augmentation du niveau d'activité, ignorance des sensations de douleur et attitude pour contrer la douleur ainsi que le retrait de deux items reliés à la

stratégie de distraction qui sont "je compte dans ma tête ou chante mentalement" et "je fais des jeux dans ma tête pour ne pas penser" auxquels les sujets font rarement appel. Toutefois, l'échelle de distraction a été retenue puisque son coefficient alpha de Cronbach passait de .82 à .84 malgré le retrait des deux items.

4.2 Questions de recherche principales

Les questions de recherche ont pu trouver réponse à partir des analyses statistiques. On observe aucune différence significative entre les trois groupes de céphalées chroniques en termes de syndromes cliniques, ce qui s'applique autant aux troubles de l'humeur, aux troubles de l'anxiété qu'à l'hypocondrie. Ces résultats corroborent ceux rapportés par Pfaffenrath et al. (1991), Kurman et al. (1992) et Andrasik et al. (1982).

Par ailleurs, des différences significatives sont observées chez les trois groupes en terme de réponse adaptative. Les sujets souffrant de céphalées de Horton se démarquent de façon significative en étant le groupe qui recourt le moins à la stratégie de confrontation et le plus aux stratégies de catastrophisation, de prière et d'espoir. Par contre, les sujets souffrant de céphalées mixtes ont plus tendance à recourir à la confrontation. Quant aux sujets migraineux ils se distinguent des deux autres groupes en faisant appel à la réinterprétation des sensations de douleur et ce, de façon significative. Les sujets atteints de céphalées mixtes ne réinterprètent pas plus les sensations de douleur que ne le font les sujets souffrant de céphalée de Horton. Cependant, aucune différence significative entre les trois groupes n'est relevée sur la stratégie de distraction. Lors du regroupement par thèmes des stratégies d'adaptation, nous constatons que les sujets atteints de céphalées de Horton se différencient d'une manière significative en ayant recours à un mode

d'adaptation de type impuissance. Rosenstiel et Keefe (1983) ont proposé que cette réaction à la douleur pourrait être considérée comme une stratégie d'adaptation inadéquate qui intensifierait la perception de la douleur et la dépression. Toutefois, comme nous l'avons déjà vu, il serait peut être prématuré de conclure d'emblée que les sujets atteints de céphalées de Horton répondent de façon inappropriée à la douleur engendrée par leur mal de tête.

Ces derniers résultats peuvent en partie s'expliquer par le fait que les sujets souffrant de céphalée de Horton présentent en période de crise une douleur intolérable, comparable en intensité à celle provoquée par un infarctus du myocarde, à la seule différence que le sujet sait que ce n'est pas mortel, il demande simplement d'être soulagé. Le sujet atteint de céphalée de Horton devient, lors des crises, incapable de fonctionner. C'est une douleur qui nécessite un traitement médical et pharmacologique immédiat. La douleur intense mobilise toutes les énergies physiques et cognitives de l'individu qui se sent dépassé par la situation et envahi d'un profond sentiment d'impuissance et de catastrophisation (Loisel, Durand, Durand et Gosselin, 1993). La posologie précise de la médication n'est atteinte qu'après quelques essais et erreurs et surtout lorsque la douleur a atteint un niveau plus tolérable permettant de fonctionner normalement avec des rémissions beaucoup plus longues que celles des autres types de céphalées comme la migraine et les céphalées mixtes qui risquent plus de s'accompagner d'une dépression majeure. Des études démontrent que le retrait est le comportement le plus communément utilisé par le sujet atteint de céphalée de Horton durant ses attaques. L'intensité de la douleur étant telle qu'elle peut inférer avec les capacité d'adaptation (Breslau et Andresik, 1995), le sujet est alors à la recherche d'un remède miracle, prie ou sacre, s'enferme pour hurler, se frappe la tête sur les murs, etc. il est prêt à tout essayer pour que cesse la douleur. Or, ces stratégies

comportementales n'apparaissent pas dans le Questionnaire des stratégies d'adaptation. Celui-ci pourrait souffrir de quelques faiblesses dans l'évaluation de la réponse adaptative chez des sujets souffrant exclusivement de céphalées de Horton.

Les sujets migraineux privilégient de façon significative un mode d'adaptation de type actif, ce mode adaptatif étant associé à un meilleur état psychologique selon certains auteurs (Keefe et Williams, 1990; Jensen et Karoly, 1991). Les sujets qui recourent aux stratégies de confrontation, de réinterprétation des sensations de douleur ou au mode d'adaptation de type actif rapportent moins de plaintes physiques, vont chercher de l'aide sans toutefois être dans l'attente d'un remède miracle et acceptent de se sentir responsables de leur propre santé.

À l'examen de la relation entre les syndromes cliniques et les stratégies d'adaptation, les résultats rapportent une relation entre la dépression majeure et la catastrophisation. Ces résultats viennent supporter le modèle de Spinhoven et al. (1990) de Revenson et al. (1989) et de Vitaliano et al. (1989) qui préconise un lien entre la détresse psychologique et la stratégie d'adaptation de catastrophisation. Si l'on retient le mode d'adaptation de catastrophisation auquel recourent les sujets souffrant de céphalées de Horton, on pourrait s'attendre à une prévalence plus élevée de troubles de l'humeur chez ce groupe de céphalées. Or, les résultats portant sur la différence intergroupes en termes de troubles de l'humeur ne rapportent pas de différences significatives, ils ne supportent donc pas le modèle cité plus haut. Par contre, on observe que la stratégie d'adaptation de confrontation est corrélée de façon négative à la panique.

d'un mode actif ou d'un mode d'impuissance. Un effet combiné du syndrome clinique et du type de mal de tête se retrouve uniquement chez les sujets souffrant de céphalée de Horton et présentant de l'hypocondrie (N=2). Les sujets diagnostiqués hypocondriaques et atteints de céphalée de Horton recourent plus au mode actif que les sujets migraineux hypocondriaques et ce de façon significative. Et à l'inverse, les sujets migraineux et hypocondriaques recourent plus à un mode de type impuissance.

4.3 Questions de recherche complémentaires

Quelques analyses complémentaires viennent contribuer à l'enrichissement du profil des trois types de céphalées chroniques retenus dans cette étude. La réponse au traitement est apparue une donnée pertinente à explorer. Rappelons ici, que la réponse au traitement réfère à la cote inscrite par le médecin dans le dossier médical (voir 2.2 Fiche Médicale).

Les analyses statistiques ne montrent pas de différence significative entre les trois groupes dans leur façon de répondre au traitement. Le type de céphalée n'a aucun effet sur la réponse au traitement. Cependant, le type de syndrome clinique a un effet sur la réponse au traitement. Il ressort que les sujets souffrant de dépression majeure répondent moins bien au traitement que les sujets dysthymiques ou ceux ne présentant aucun diagnostic. Chez les sujets présentant des troubles anxieux soit l'anxiété généralisée, l'anxiété non spécifiée et le trouble de panique, on ne note aucun effet sur la réponse au traitement. À l'inverse, la réponse au traitement chez les sujets atteints de céphalées chroniques ne semble pas être influencée par les troubles de l'anxiété. Par contre, l'hypocondrie semble

Chez les sujets présentant des troubles anxieux soit l'anxiété généralisée, l'anxiété non spécifiée et le trouble de panique, on ne note aucun effet sur la réponse au traitement. À l'inverse, la réponse au traitement chez les sujets atteints de céphalées chroniques ne semble pas être influencée par les troubles de l'anxiété. Par contre, l'hypocondrie semble jouer un rôle dans la réponse au traitement. Les sujets ne présentant pas un diagnostic d'hypocondrie répondent mieux au traitement que les hypocondriaques.

L'impact des maux de tête sur les activités quotidiennes pour chacun des groupes a également retenu notre attention. Le groupe des céphalées de Horton se démarque des autres groupes dans la majorité des sphères étudiées, à l'exception de la question portant sur le nombre de jours d'absence durant la dernière année où les trois groupes se rejoignent. Des différences significatives s'observent au niveau des activités familiales et sociales, de même qu'au niveau du rendement au travail et de l'absentéisme. De fait, on constate que les sujets souffrant de céphalées de Horton se perçoivent beaucoup plus limités dans toutes ces activités. La différence avec les autres groupes tiendrait au mode de présentation des crises par des épisodes en grappes sur quelques semaines au tournant des saisons, à l'intensité des crises et à la puissance de la médication. La répartition des crises chez les sujets souffrant de migraines ou de céphalées mixtes ne s'échelonne pas de façon séquentielle mais plutôt sur toute l'année et l'intensité de la douleur est variable. Ces sujets rapportent des limites, mais l'anticipation de nouvelles crises vient interférer avec leurs projets d'activités qu'elles soient d'ordre familial ou social, d'où la tendance à l'absence d'engagement, à la culpabilité, ce qui a pour conséquence de perturber l'équilibre du couple et de la famille. Toutes ces considérations viennent donc teinter la réponse des sujets à l'impact quotidien de leurs céphalées, de même que la réponse adaptative et voir

même la réponse au traitement chez les sujets souffrant de céphalées chroniques et parfois réfractaires au traitement.

4.4 Critique du PRIME-MD

L'adoption du Prime-MD dans l'étude, permet de réaliser l'importance de l'utilisation d'un outil relativement léger chez une clientèle où le dépistage des syndromes cliniques est d'une importance capitale pour leur mieux-être. D'autre part, cet outil administré sous forme d'entrevue permet de recueillir un maximum d'informations cliniques en peu de temps et permet de faire la distinction entre les troubles somatoformes et les effets secondaires dus aux médicaments, nombreux chez cette population étudiée. Ce que ne retient pas un instrument de mesure comme le MMPI qui se trouve utilisé dans la majorité des études recensées pour la présente recherche. Cet instrument semble bien adapté aux populations souffrant de douleur chronique. Toutefois, il comporte quelques faiblesses. Il mesure exclusivement les troubles de l'AXE I, il ne précise pas le degré de sévérité du trouble et ne donne pas d'indication sur les troubles de l'AXE II. Cette limite pose un problème dans l'intervention clinique où les facteurs de personnalité sont à considérer. Le Prime-MD serait plus un instrument de première ligne, permettant aux médecins de dépister les troubles mentaux requérant des mesures thérapeutiques, pour ensuite orienter les patients vers les services de soins psychologiques, où les psychologues procéderont à une évaluation complémentaire. Malgré ses déficits, cet instrument permettrait de faire un dépistage à une plus grande échelle et permettrait de détecter des cas qui seraient autrement passés inaperçus.

4.5 Limites de cette recherche et suggestions

La répartition des sexes n'est pas égale à l'intérieur des trois groupes, le ratio étant de six hommes pour une femme dans le groupe de céphalées de Horton. Si l'on retient l'hypothèse que les deux sexes appréhendent différemment un stresser, la variable sexe dans le groupe de Horton expliquerait peut-être une part de la différence dans la réponse adaptative, l'autre variable étant l'intensité de la douleur lors des crises de céphalées de Horton. La sur-représentativité des hommes dans l'échantillon s'expliquant par la prévalence plus élevée de la céphalée de Horton chez le sexe masculin, pourrait avoir un effet sur la réponse adaptative à l'intérieur de ce groupe lorsque comparé aux deux autres groupes où le ratio homme/femme est mieux équilibré.

Les conclusions de cette étude découlant d'une population recrutée en milieu spécialisé peuvent être généralisées à une clientèle de céphalées sévères. Cependant, elles ne peuvent pas l'être à une clientèle plus légère qui n'a pas recours à un centre spécialisé dans le traitement des céphalées chroniques. Il serait intéressant d'évaluer les syndromes cliniques et la réponse adaptative chez une population souffrant des mêmes types de céphalées mais de sévérité moindre. Ces études apporteraient des connaissances supplémentaires à savoir si les résultats étaient différents dans deux types de population, l'une sévère et l'autre légère. La différence serait alors attribuable à la sévérité des maux de tête; par contre, si les résultats étaient similaires, les résultats obtenus pourraient être dus à la pathologie de base des céphalées, ou à d'autres facteurs comme les facteurs de personnalité.

Conclusion

Cette étude s'est déroulée dans une clinique spécialisée comparable aux milieux de recherche desquels les travaux rapportés émanent. Des corrélats permettant de mieux connaître les caractéristiques de cette population spécifique ont été établis. Ce qui a permis de mettre en évidence chacun des trois groupes de sujets, soit le groupe de migraineux, le groupe de céphalées mixtes et le groupe de céphalées de Horton. Ainsi, on peut constater à partir des résultats obtenus et les observations cliniques que les sujets des trois groupes ne sont pas statistiquement différents en termes de syndromes cliniques. Le groupe migraineux et le groupe de céphalées mixtes sont cliniquement semblables et présentent une prévalence plus forte de syndromes cliniques que le groupe de céphalées de Horton. Des différences sont notées dans la réponse adaptative et le type de céphalée a un lien avec le choix des stratégies retenues. Ainsi, les groupes souffrant de migraines ou de céphalées mixtes utilisent plus un mode de type actif regroupant les stratégies de confrontation ou de reinterpretation des sensations de douleur, comparativement aux sujets du groupe de céphalées de Horton qui recourent plus à un mode de type impuissance regroupant les stratégies caractérisées par la catastrophisation, la prière et l'espoir. On sait que la catastrophisation est corrélée positivement à la dépression majeure. Or, ces sujets souffrant de céphalées de Horton ne présentent pas plus de dépression que les deux autres groupes. Le trouble de panique est moins prévalent chez les sujets qui recourent à une stratégie de confrontation à la douleur. On apprend par ailleurs, que les sujets souffrant de dépression majeure ou d'hypocondrie répondent moins bien au traitement. Enfin, il ressort de cette recherche que les sujets souffrant de céphalées de Horton se perçoivent comme étant beaucoup plus limités dans leurs activités quotidiennes.

En gardant à l'esprit les caractéristiques qui permettraient de mieux conduire le traitement et le suivi de ces patients, il se dégage deux grandes lignes d'intervention clinique. Pour le groupe de céphalées de Horton, il y a place pour l'intervention psychologique seulement chez les sujets souffrant de syndromes cliniques, par contre au niveau de la réponse adaptative, il ne semble pas pertinent d'intervenir à ce niveau, puisqu'il s'agit dans le cas de la céphalée de Horton d'un événement biologique, aigu, sporadique et inconnu qui nécessite un traitement médical. Compte tenu de la sévérité des crises, le patient n'est pas disposé à entendre parler d'aide psychologique. Quant aux sujets souffrant de migraines ou de céphalées mixtes, la ligne de conduite semble être différente du groupe de sujets souffrant de céphalée de Horton. Ces deux types de céphalées n'ont pas que des déterminants biologiques, des déterminants psychologiques viennent exacerber ou entretenir les crises de céphalées. L'intervention psychologique peut s'avérer utile, non seulement dans le traitement des syndromes cliniques existants, mais aussi dans l'identification de toutes les sources de stress qui influencent le répertoire des réponses adaptatives. Elle pourrait améliorer la réponse au traitement, qu'il soit curatif ou préventif, et de ce fait même contribuer au mieux-être des patients.

Références

- Adler, C. S., Adler, S. M., & Packard, R. C. (1987). *Psychiatric Aspects of Headache*. Williams & Wilkins (Éds). Baltimore.
- Andrasik, F., Blanchard, E. B., Arena, J. G., Teders, S. J., Teevan, R. C., & Rodichok, L. D. (1982). Psychological functioning in headache sufferers. *Psychosomatic Medecine*, 44, 171-182
- Arantes Goncalves, J., & Monteiro, P. (1993). Psychiatric Analysis of Patients with Tension-type Headache. In J. Olesen & J. Schoenen (Éds), *Frontiers in Headache Research* (Vol. 3), *Tension-Type Headache Classification, Mechanisms, and Treatment* (pp.167-172). New York: Raven Press.
- Asendorpf, J. B., Scherer, K. R. (1983). The discrepant repressor: differentiation between low anxiety, high anxiety and repression of anxiety by automatic-facial-verbal patterns of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1334-1346.
- Blanchard, E. B., Kirsch, C. A., Appelbaum, K. A., & Jaccard, J. (1989). The role of psychopathology in chronic headache: cause or effect? *Headache*, 29, 295-301.
- Breslau, N., & Andreski, P. (1995). Migraine, personality and psychiatric comorbidity. *Headache*, 35, 382-386.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia*, 12, 85-90.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1991). Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: An epidemiologic study of young adults. *Psychiatric Research*, 37, 11-23.

- Classification et critères dignostiques des céphalées, névralgies crâniennes, douleurs de la face de l'International Headache Society. (1990). *Douleur et analgésie* . 3, 3-38.
- Ellertsen, B. 1992). Personality factors in recurring and chronic pain. *Cephalalgia*, 12, 129-132.
- Eysenck, H. J. (1970). Historical Introduction.. In H. J. Eysenck (Éd.), *Reading in Extraversion-Introversion.*, Vol. 1. London : Staples.
- Fondation québécoise de la Migraine et des Céphalées. (1991). *Étude sur la prévalence de la migraine, sondage réalisé au Québec..*
- Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. *Pain*, 57, 5-15.
- Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain*, 57, 17-29.
- Gil, K. M., Abrams, M. R., Phillips, G. & Keefe, F. J. (1987). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 57, 725-731.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (suppl 7) , 9-96.
- Holmes, J. A., & Stevenson, C. A. Z. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic an recent-onset pain. *Health Psychology*, 9 (5), 577-584.
- Holroyd, K. A., & Penzien, D. B. (1986). Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Journal of behavior medecine*, 9, 515-536.

- Invernizzi, G., Gala, C., Buono, M., Cittone, L., Tavola, T., & Conte, G. (1989). Neurotic traits and disease duration in headache patients. *Cephalalgia*, 9, 173-178.
- Jensen, M. P., & Karoly P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 431-438.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991b). Coping with pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-289.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, d. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- Keefe, F J., & Williams, D. A. (1990). A comparaison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of gerontology*, 45, 161-165.
- Keefe, F. J., Salley, A. N., & Lefebvre, J. C. (1992). Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain*, 51, 131-134.
- Kudrow, L., & Sutkus, B. J. (1979). MMPI pattern specificity in primary headache disorders. *Headache*, 19, 18-24.
- Kurman, R. G., Hursey, K. G., & Mathew, N. T. (1992). Assessment of Chronic Refractory Headache: The role of the MMPI-2. *Headache*, 32, 432-435.
- Lalonde, P., & Grunberg, F. (1988). Syndromes cliniques psychiatriques. In Gaëtan Morin (Éd.), *Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale* (Vol. 1). Boucherville, Québec.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Éd.), *Handbook of behavioral medecine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lester, D., Ferraro, T. M., & Murphy, J. A. (1992). Headache symptoms, depression, and suicidal preoccupation. *Perception Motor Skills*, 74, 90.

- Loisel, P., Durand, M. J., Durand, P., & Gosselin, L. (6-7 mai 1994). *Efficacité d'un programme de thérapie de récupération fonctionnelle chez des travailleurs lombalgiques*. Communication présentée à la 24^{ème} réunion de la société de Scoliose du Québec, Québec, 6-7 mai 1994.
- Mc Crae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Marchesi, C., De Ferri, A., Petrolini, N., Gobi, A., Manzoni, C. C., Boiro, V., & De Risio, C. (1989). Prevalence of migraine and muscle tension headache in depressive disorders. *Journal of Affect disorders*, 16, 33-36.
- Martin, P. R., Nathan, P. R., Milech, D., & van Keppel, M. (1988). The relationship between headaches and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 353-356.
- Mathew, N. T., (1993). Chronic refractory headache. *Neurology*, 43 (suppl. 3), 532.
- Mathew, N. T., Kurman, R., & Perez, F. (1989). Intractable chronic daily headache. A persistant neurobiobehavioral disorder. *Cephalalgia*, 9 (suppl 10), 180-181.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *Le défi de la douleur*. Chenelière et Stanké (Éds.). Montréal.
- Merikangas, K. R., Angst, J., & Isler, H. (1990). Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Archive General Psychiatry*, 47, 849-853.
- Merikangas, K. R., Merikangas, J. R., & Angst, J. (1993). Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *Journal of Psychiatric Research*, 27, (2), 197-210.

- Meyerowitz, B. E. (1983). Post-masectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processus. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds), *Handbook of Stress*. (pp.212-230). New York: Macmillan.
- Moos, R. H. & Tsu, V. D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. In R. H. Moos (Éd.), *Coping with physical illness*. (pp.3-21). New York : Plenum.
- Morrison, J. (1995). *DSM-IV Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnostis* . New York, London: The Guilford Press.
- Moskowitz, M. A. (1994). The visceral organ brain: Implications for the pathophysiology of vascular head pain. *Neurology*, 41, 182.
- Mullen, B. & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43-49.
- Olesen, J. (1993). Classification and Diagnosis of Tension-type Headache. In J. Olesen & J. Schoenen (Éds), *Frontiers in Headache Research , Vol. 3: Tension-Type Headache Classification, Mechanisms, and Treatment* (pp. 1-8). New York: Raven Press.
- Passchier, J., & Andrasik, F. (1993). Psychological Factors. In J. Olenson, P. Tfelt-Haansen & K. M. A. Welch (Éds.), *The Headaches* (pp. 233-240). New York.
- Passchier, J., & Verhage, F. (1986). The Defense Mechanism Inventory: Preliminary findings on reliability and validity of the Dutch translation. *Headache*, 14, 119-124.

- Pfaffenrath, V., Hummelsberger, J., Pollmann, J., Kaube, H., & Rath, M. (1991). MMPI personality profiles in patients with primary headache syndromes. *Cephalalgia*, 11, 263-268.
- Revenson, T. A., & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344-348.
- Rippetoe, P. A., & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection. Motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 596-604.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patients characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Scarpetti, W. L. (1973). The repression sensitization dimension in relation to impending painful stimulation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 377-382.
- Sheftell, F. D. (1992). Chronic daily headache. *Neurology*, 42, suppl 232-36.
- Sheftell, F. D. (1995). Aspects psychologiques du traitement de la migraine. *Le clinicien* 3. (suppl)), 4-5.
- Silver, R., & Wortman, C. 1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & E. P. Seligman (Éds.), *Human helplessness*. (pp. 279-340). New York: Academic.

- Smith, C. A., & Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychology, 11*, 151-162.
- Spinhoven, P., Jochems, P. A., Corry, A., Linssen, G., & Bognards, M. (1990). Pain coping strategies and tension headache. *The Clinical Journal of Pain, 7*, 12-20.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy III, F. V., Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *The Journal of the American Medical Association, 272*, (22), 1749-1756.
- Sternbach, R. A., Dalessio, D. J., Kunzel, M., & Bowman, G. E. (1980). MMPI patterns in common headache disorders. *Headache, 20*, 311-315.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology, 4*, 249-288
- Swartzman, L. C., Gwadry, F. G., Shapiro, A. P., & Teasell, R. W. (1993). The factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain, 57*, 311-316
- Thompson, R. J., Jr., Gil, K. M., Abrams, M. R., & Phillips, G. (1992). Stress, coping and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 433-440.
- Turner, J. A. (1991). Coping and chronic pain. In M. Bond, L. E. Charlton & C. J. Woolf (Éds), *Research and Clinical Management, Vol. 4, Proceeding of. VIth World Congress on Pain*, (219-227). Elsevier, Amsterdam.
- Vitaliano, P. P., Katon, W., Maiuro, R. D., & Russo, J. (1989). Coping in chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 338-343.

Appendice A

Répartition des sujets en fonction des syndromes cliniques

selon le type de céphalée

Coefficients de corrélations entre les stratégies d'adaptation

Fréquence et Pourcentage d'Apparition des Syndromes Cliniques selon le Type de
Céphalée

	Migraine (n = 40)		Mixtes (n = 40)		Horton (n = 40)	
Syndromes cliniques	N	%	N	%	N	%
Troubles de l'humeur						
Dépression mineure	2	5	2	5	1	2.5
Dépression majeure	7	17.5	5	12.5	4	10
Dysthymie	8	20	10	25	6	15
Total		42.5		42.5		27.5
Troubles de l'anxiété						
Anx. non spécifiée	9	22.5	7	17.5	7	17.5
Anx. généralisée	6	15	8	20	5	12.5
Panique	6	15	7	17.5	1	2.5
Total		52.5		55		32.5
Troubles somatoformes						
Hypocondrie	6	15	7	17.5	2	5
Total		15		17.5		5

Coefficients de corrélations entre les Stratégies d'Adaptation (N = 120)

Variables	1	2	3	4	5
1. Confrontation	1.0000 p =.000				
2. Réinterprétation	.4302 p =.000	1.0000 p =.000			
3. Distraction	.3807 p =.000	.3815 p =.000	1.0000 p =.000		
4. Catastrophisation	.1179 p =.200	.0500 p =.588	.0749 p =.416	1.0000 p =.000	
Prière/Espoir	.2168 p =.017	.0850 p =.356	.0979 p =.288	.4335 p =.000	1.0000 p =.000

Ces résultats font ressortir l'importance des corrélations entre elles pour les variables 1, 2, et 3, ce qui confirme le regroupement en un mode de type actif. Il en est de même pour les stratégies 4 et 5, ce qui confirme le regroupement en un mode de type impuissance.

Appendice B

Instruments de mesure - Étape I

Madame,
Monsieur,

Par la présente, nous sollicitons votre participation à une étude sur les patients souffrant de maux de tête. Cette étude est sous la direction de Madame Marie Claude Denis, Ph.D. du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et du Docteur Jacques Meloche de la Clinique de la Migraine de Montréal. L'objectif est de mieux comprendre l'impact sur votre vie de tous les jours de la douleur engendrée par vos maux de tête et votre mode d'adaptation à ceux-ci.

Vous trouverez ci-joints trois questionnaires faciles à compléter. Nous vous demandons de répondre aux questions de façon aussi précise et complète que possible. Vous nous permettrez d'accélérer considérablement le processus d'évaluation et d'ainsi, économiser du temps en entrevue. Nous vous assurons que vos réponses demeureront strictement confidentielles.

Une fois les questionnaires complétés, veuillez attendre dans la salle d'attente que Madame Buignet vienne vous chercher pour une courte entrevue.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Marie - Claude Denis, Ph.D.
Directrice de recherche

Monique Buignet
Étudiante à la Maîtrise
en psychologie

QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

1 **Votre statut matrimonial** (encerclez le chiffre correspondant)

- | | |
|----------------|-------------------------------|
| 1. Célibataire | 2. Marié (e) ou union de fait |
| 3. Divorcé (e) | 4. Séparé (e) |
| 5. Veuf (ve) | |

2 **Votre niveau de scolarité** (encerclez le chiffre correspondant)

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Élémentaire | 2. Secondaire |
| 3. Technique | 4. Classique |
| 5. Universitaire | |

3 **Votre occupation**

Détenez-vous un emploi?

- | | |
|--------|--------|
| 1. oui | 2. non |
|--------|--------|

Si oui, veuillez indiquer le genre d'emploi: _____

Si non, veuillez indiquer la raison: _____

Votre occupation est-elle une source de stress?

- | | |
|--------|--------|
| 1. oui | 2. non |
|--------|--------|

Si oui, précisez la (les) raison(s): _____

Si vous ne travaillez pas, votre état est-il une source de stress?

- | | |
|--------|--------|
| 1. oui | 2. non |
|--------|--------|

Si oui, précisez votre interprétation de la cause de stress: _____

4 Vos habitudes de vie

Cigarette

Fumez-vous? _____ Si oui, nombre de cigarettes par jour? _____

Thé ou café

Combien de tasses consommez-vous par jour? _____

Médicaments

Prenez-vous présentement des médicaments pour les maux de tête ou pour une autre condition que les maux de tête?

1. oui

2. non

Si oui, veuillez les inscrire et mentionner pour quelle condition vous les prenez et à quelle fréquence (moins de 3 fois par semaine ou plus de 4 fois par semaine)?

a) Maux de tête

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

b) Autre (s) condition (s)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5 Votre niveau actuel d'activité

Sur une échelle de **0** (aucune limite) à **10** (limite totale), dans quelle mesure les maux de tête vous limitent dans les activités suivantes:

- Activités familiales _____
- Activités sociales _____
- Rendement au travail _____
- Absentéisme du travail _____

Au cours de la dernière année vous êtes-vous absenté du travail en raison d'un mal de tête? _____ Si oui, combien de journées? _____

Tournez s.v.p.

QUESTIONNAIRE DES STRATÉGIES D'ADAPTATION

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées ou de comportements que vous avez quand vous ressentez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous cinquante énoncés. Veuillez indiquer, en encerclant la catégorie appropriée, à quelle fréquence vous avez ces pensées ou ces comportements, quand vous avez mal à la tête.

0 pas du tout	1 quelque peu	2 de façon modérée	3 beaucoup	4 tout le temps
----------------------	----------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

Quand je ressens de la douleur

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 01. J'essaie de me sentir distant par rapport à la douleur, comme si la douleur se trouvait dans le corps de quelqu'un d'autre. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Je sors de la maison et je fais quelque chose comme aller au cinéma ou magasiner | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. J'essaie de penser à quelque chose d'agréable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Je n'y pense pas comme à de la douleur mais plutôt comme une sensation désagréable ou de chaleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. C'est affreux et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Je me dis qu'il faut être courageux et continuer malgré la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Je lis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Je me dis que je peux surmonter ma douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Je prends mes médicaments | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Je compte dans ma tête ou je chante mentalement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. J'y pense comme à n'importe quelle sensation, comme l'engourdissement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. C'est affreux je me sens dépassé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0 pas du tout	1 quelque peu	2 de façon modérée	3 beaucoup	4 tout le temps	
13. Je fais des jeux dans ma tête pour ne pas penser à la douleur	0	1	2	3	4
14. J'ai l'impression que ma vie ne vaut pas la peine d'être vécue	0	1	2	3	4
15. Je sais qu'un jour quelqu'un m'aidera et qu'alors la douleur disparaîtra pour quelque temps	0	1	2	3	4
16. Je marche beaucoup	0	1	2	3	4
17. Je prie Dieu que cela ne dure pas longtemps	0	1	2	3	4
18. J'essaie d'y penser comme si ce n'est pas relié à mon corps mais plutôt à quelque chose séparé de moi	0	1	2	3	4
19. Je relaxe	0	1	2	3	4
20. Je ne pense pas à la douleur	0	1	2	3	4
21. J'essaie de penser à l'avenir et à ce que sera ma vie quand je n'éprouverai plus de douleur	0	1	2	3	4
22. Je me dis que cela ne me fait pas mal	0	1	2	3	4
23. Je me dis que je ne peux pas laisser la douleur se mettre en travers des choses que j'ai à faire	0	1	2	3	4
24. Je n'y porte pas attention	0	1	2	3	4
25. J'ai foi dans la médecine qui dit qu'un jour il y aura un traitement pour ma douleur	0	1	2	3	4
26. Je m'inquiète tout le temps à savoir si elle finira un jour	0	1	2	3	4
27. Je me couche	0	1	2	3	4
28. Je me fais croire que la douleur n'est pas là	0	1	2	3	4
29. Peu importe sa sévérité, je sais que je peux la supporter	0	1	2	3	4
30. Je revis mentalement les expériences agréables du passé	0	1	2	3	4
31. Je pense aux personnes avec qui je fais les choses avec plaisir	0	1	2	3	4

0 pas du tout	1 quelque peu	2 de façon modérée	3 beaucoup	4 tout le temps	
32. Je prie pour que la douleur cesse	0	1	2	3	4
33. Je prends une douche ou un bain	0	1	2	3	4
34. J'imagine que la douleur se trouve à l'extérieur de mon corps	0	1	2	3	4
35. Je continue comme si de rien n'était	0	1	2	3	4
36. Je vois cela comme un défi et je ne me laisse pas ennuyer	0	1	2	3	4
37. Bien que cela me fasse mal, je continue mes activités	0	1	2	3	4
38. J'ai l'impression que je ne peux plus supporter la douleur	0	1	2	3	4
39. J'essaie d'être avec d'autres personnes	0	1	2	3	4
40. J'ignore la douleur	0	1	2	3	4
41. Je m'en remets à ma foi en Dieu	0	1	2	3	4
42. J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer	0	1	2	3	4
43. Je pense aux choses que j'aime faire	0	1	2	3	4
44. Je fais n'importe quoi pour ne pas penser à la douleur	0	1	2	3	4
45. Je fais quelque chose que j'aime comme regarder la télévision ou écouter de la musique	0	1	2	3	4
46. Je fais semblant que cela ne fait pas partie de moi-même	0	1	2	3	4
47. Je fais quelque chose d'actif comme le ménage de la maison ou un autre projet	0	1	2	3	4
48. J'utilise un coussin chauffant	0	1	2	3	4
49. À partir de tout ce que vous faites quotidiennement pour faire face ou surmonter la douleur, jusqu'à quel point pensez-vous contrôler cette douleur?	0	1	2	3	4
50. À partir de tout ce que vous faites quotidiennement pour faire face ou surmonter la douleur, jusqu'à quel point pouvez vous la diminuer	0	1	2	3	4

Tournez s.v.p.

Tournez s.v.p.

NOM: _____ SEXE: ☐ M. ☐ F. ÂGE: _____ DATE: _____

INSTRUCTIONS: Ce questionnaire aidera votre médecin à mieux comprendre vos problèmes. Votre médecin peut vous poser d'autres questions à ce sujet. Veuillez, s.v.p., répondre à toutes les questions suivantes:

Pendant le MOIS ÉCOULÉ , avez-vous SOUVENT souffert...			Pendant le MOIS ÉCOULÉ ...		
	Oui	Non		Oui	Non
1. de maux d'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. de nausées, de flatulence ou d'indigestion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. de douleurs au dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. de fatigue, ou d'un manque d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. de douleurs dans les bras, les jambes ou les articulations (genoux, hanches etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. de difficultés à dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (Femmes) de douleurs menstruelles ou de problèmes de règles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. d'un besoin irrésistible de manger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de douleurs ou de problèmes pendant les rapports sexuels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. d'une perte d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de maux de tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. d'un sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. de douleurs dans la poitrine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. de tension nerveuse, d'angoisse ou d'agacement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de vertiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. de soucis à propos de tout et de rien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. de malaises?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. avez-vous eu une crise d'angoisse ou une soudaine panique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. de palpitations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. avez-vous songé à réduire votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. de difficultés à respirer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. quelqu'un s'est-il plaint de votre consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. de constipation, de selles molles, ou de diarrhée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. vous êtes-vous senti(e) coupable ou irrité(e) à ce sujet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. avez-vous pris, en une seule journée, au moins 5 verres de bière, de vin ou de spiritueux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Globalement, vous diriez que votre santé est plutôt:		
			excellente.	<input type="checkbox"/>	
			très bonne.	<input type="checkbox"/>	
			bonne.	<input type="checkbox"/>	
			assez bonne.	<input type="checkbox"/>	
			mauvaise.	<input type="checkbox"/>	

Appendice C

Instruments de mesure - Étape II

FICHE MÉDICALE

Dr _____

Date _____

Nom _____

Ass. Mal. _____

HISTOIRE

Sexe

Âge

Occupation

Antécédents pertinents

Céphalées depuis?

Pattern actuel depuis?

Fréquence actuelle

Intensité

Durée

Réponse à la thérapie

EXAMEN

Diagnostic (IHS)

1. Migraine _____ sans aura _____ avec aura
2. Céphalée dite de tension _____ épisodique _____ chronique
3. Les deux diagnostics _____
4. Cluster headache (Horton)

Troubles psychologiques_____

Troubles cervicaux_____

Facteurs médicamenteux (rebond)_____

Syndrome de douleur chronique_____

Maladie associée_____

Invalidité

Apte au travail_____ inapte _____

INVESTIGATION ET TRAITEMENT

Traitement(s)_____

Médicament(s)_____



GUIDE DU CLINICIEN

mis à jour - DSM-IV

INSTRUCTIONS

1. Les instructions qui vous sont destinées sont en caractères gras. Les questions que vous posez ou les déclarations que vous faites au(à la) patient(e) sont imprimées normalement.
2. Pour chaque module, posez les questions dans l'ordre indiqué, à moins qu'il ne vous soit demandé de passer à une autre question, ou de quitter le module. Important: passez toujours à la question suivante, à moins qu'on ne vous donne une consigne différente.
3. Les diagnostics sont encadrés et en italiques.
4. Quand vous devez quitter un module, explorez le suivant (selon les réponses du(de la) patient(e)), ou passez directement à la dernière page (résumé).

NOM DU(DE LA) PATIENT(E): _____

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE AU(À LA) PATIENT(E):

Permettez-moi de consulter vos réponses et, si nécessaire, de vous poser quelques questions à propos des symptômes que vous avez signalés. Je prendrai des notes pendant notre entretien.

UTILISATION DES MODULES DU GUIDE DU CLINICIEN

Utilisez les modules dans l'ordre selon lequel ils apparaissent dans le Guide du clinicien: (tr. de l'humeur, tr. anxieux, tr. liés à l'alcool, tr. de l'alimentation et tr. somatoformes).

Choisissez les modules sur la base des réponses du(de la) patient(e) au questionnaire, comme suit:

Au moins 3 des questions 1-15:
Troubles somatoformes

La question 16:
Tr. de l'alimentation

La question 17 ou 18:
Tr. de l'humeur

La question 19, 20 ou 21:
Tr. anxieux

Au moins 1 des questions 22-25:
Tr. liés à l'alcool

Vous pouvez utiliser tout module non suggéré par le questionnaire si vous avez d'autres raisons de soupçonner un diagnostic dans ce module.

PRIME-MD a été mis au point par Robert L. Spitzer, M.D., Janet B.W. Williams, D. Serv. Soc., Kurt Kroenke, M.D., Mark Linzer, M.D., Frank Vericon de Gruy III, M.D., Steven R. Hahn, M.D., et David Brody, M.D., grâce à une subvention sans restriction à l'éducation accordée par Pfizer Inc.

Pour informations aux fins de recherche, prière d'écrite à l'adresse suivante: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 122 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (Docteurs Spitzer et Williams).

Offert gracieusement par Pfizer Canada Inc.
© M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada Inc., licence



MODULE 1: TROUBLES DE L'HUMEUR

DÉPRESSION MAJEURE

Pendant les 2 dernières semaines, avez-vous eu un (ou plusieurs) des problèmes suivants presque chaque jour:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. De la difficulté à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir? | Oui | Non |
| 2. De la fatigue ou un manque d'énergie? | Oui | Non |
| 3. Un manque ou un excès d'appétit? | Oui | Non |
| 4. Un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles? | Oui | Non |
| 5. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de désespoir? | Oui | Non |
| 6. Une mauvaise opinion de vous-même—l'impression que vous êtes un(e) raté(e)—ou que vous n'êtes pas à la hauteur, à vos yeux ou à ceux de votre famille? | Oui | Non |
| 7. De la difficulté à vous concentrer, p.ex. pour lire ou regarder la TV? | Oui | Non |
| 8. Une tension ou une agitation telles que vous n'avez pas cessé de vous lever et de bouger?
SI NON: Avez-vous eu, au contraire, l'impression de parler ou de bouger si lentement que votre entourage aurait pu s'en apercevoir?
Considérez la réponse globale comme positive si l'une ou l'autre des réponses partielles est OUI, ou si vous observez une agitation ou un ralentissement psychomoteurs pendant l'interview. | Oui | Non |
| 9. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous souhaité mourir ou pensé vous faire du mal?
SI OUI: Dites-m'en plus à ce sujet. | Oui | Non |
| 10. Avez-vous obtenu au moins 5 OUI aux questions 1–9 (dont un à la question 4 ou 5)? | Oui | Non |

**Trouble
dépressif
majeur**
Passez à la
question 12

RÉMISSION PARTIELLE D'UNE DÉPRESSION MAJEURE

11. À un moment donné, avez-vous été beaucoup plus déprimé(e), ou avez-vous eu encore moins d'intérêt ou de plaisir dans vos activités habituelles, que maintenant?

SI OUI: À ce moment-là, aviez-vous plusieurs des problèmes que je viens de citer, comme de la difficulté à dormir ou à vous concentrer, de la fatigue, un manque d'appétit, et une perte d'intérêt pour le monde extérieur?

La réponse ne doit être considérée positive que si, dans le passé, le(la) patient(e) a probablement eu au moins 5 des symptômes 1 à 9, et présente actuellement une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

Oui — **Rémission partielle d'une dépression majeure** — Non

DYSTHYMIE

12. Ces 2 dernières années, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e), ou avez-vous eu moins d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?

Considérer la réponse comme positive, seulement si le(la) patient(e) répond OUI également à: Cela a-t-il été le cas plus de 1 jour sur 2 pendant les 2 dernières années?

Oui — Non — **Passer à la question 14**

13. Ces 2 dernières années, ces problèmes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres, plus difficiles?

Oui — **Dysthymie** — Non — **Passer à la question 16**

DÉPRESSION MINEURE

14. Avez-vous diagnostiqué une dépression majeure (y compris «rémission partielle») aux questions 10 ou 11?

Oui — **Passer à la question 16** — Non

15. Le(la) patient(e) a-t-il répondu OUI à 2 (au moins) des questions 1-9 (dont la question 4 ou 5)?

Oui — **Trouble dépressif mineur** — Non — **Quittez ce module**

TROUBLE BIPOLAIRE

16. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez maniaco-dépressif(ve) ou vous a-t-il déjà prescrit du lithium?
Si OUI: Quand? Pourquoi?

Oui — **Possibilité de trouble bipolaire** — Non

DÉPRESSION SECONDAIRE À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT OU D'UNE DROGUE

17. Les symptômes actuels sont-ils probablement dus aux effets biologiques d'une maladie physique, d'un médicament ou d'une drogue?

Oui — **Possibilité de trouble dépressif dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue** — Non — **Quittez ce module**
(Pas certain) — **Quittez ce module**

MODULE 2: TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

Si le(la) patient(e) a répondu NON à la question 21 (du questionnaire destiné au[à la] patient[e]), passez à la question 33.

18. Vous avez indiqué que vous avez eu une attaque d'anxiété ce mois-ci. Cela s'est-il déjà produit auparavant?

Oui

Non

Passez à la question 33

19. L'attaque arrive-t-elle quelquefois par surprise? Si nécessaire, précisez: C'est-à-dire quand vous ne vous attendez pas à vous sentir mal à l'aise ni nerveux(se)?

Oui

Non

Passez à la question 33

20. Craignez-vous grandement d'avoir une autre attaque ou qu'il y ait quelque chose qui cloche en vous? Répondez OUI si cette crainte a déjà existé.

Oui

Non

Passez à la question 33

Pensez à la dernière attaque grave que vous avez subie.

Passez à la question 32 dès que le(la) patient(e) a confirmé l'apparition de 4 des symptômes suivants pendant sa dernière attaque:

Avez-vous:

21. ☐ eu de la peine à respirer?

25. ☐ eu l'impression de suffoquer?

28. ☐ eu une impression de vertige, d'instabilité ou que vous alliez perdre connaissance?

22. ☐ ressenti des palpitations?

26. ☐ eu des bouffées de chaleur ou des frissons?

29. ☐ senti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps?

23. ☐ ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine?

27. ☐ eu de la nausée, un poids sur l'estomac, ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée?

30. ☐ ressenti des tremblements?

24. ☐ transpiré abondamment?

31. ☐ eu peur de mourir?

32. Avez-vous obtenu des réponses positives à 4 (au moins) des questions 21 à 31?

Oui

Trouble panique

Non

Trouble anxieux non spécifié par ailleurs

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

33. Pendant le mois écoulé, vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), anxieux(se) ou irritable plus d'un jour sur deux?

Oui

Non

Passez à la question 44

Au cours du mois écoulé, avez-vous été souvent préoccupé(e) par un de ces problèmes:

34. ☐ Une telle agitation qu'il vous était difficile de rester assis(e)?

36. ☐ Des tensions, des courbatures ou des douleurs musculaires?

38. ☐ De la peine à vous concentrer, p.ex. pour lire ou regarder la TV?

35. ☐ Une fatigabilité marquée?

37. ☐ Des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou prématurés?

39. ☐ Une plus grande facilité à être contrarié(e) ou irrité(e)?

40. **Avez-vous obtenu des réponses positive à 3 (au moins) des questions 34 à 39?**

Oui

Non

Passez à la question 44

41. Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils rendu le travail, l'entretien de la maison ou les contacts avec les autres plus difficiles?

Oui

Non

Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
 Passez à la question 45

42. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous fait beaucoup de souci pour diverses raisons?

Considérer la réponse comme positive seulement si le(la) patient(e) répond aussi OUI à: Cela a-t-il été le cas plus d'un jour sur deux pendant les 6 derniers mois?

Oui

Non

Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
 Passez à la question 45

43. Lorsque vous avez de telles préoccupations, constatez-vous que vous ne pouvez vous arrêter d'y penser?

Oui

Non

Anxiété généralisée
 Passez à la question 45

Tr. anxieux non spécifié par ailleurs
 Passez à la question 45

44. Avez-vous diagnostiqué un trouble panique ou un trouble anxieux non spécifié par ailleurs?

Oui

Non

Quittez ce module

ANXIÉTÉ SECONDAIRE À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT OU D'UNE DROGUE

45. Les symptômes anxieux actuels sont-ils probablement secondaires aux effets biologiques d'une maladie physique ou de la prise d'un médicament ou d'une drogue?

Oui

Non

(Pas Certain)

Possibilité de trouble anxieux dû à une maladie physique, un médicament ou un toxique
 Quittez ce module

Quittez ce module

MODULE 5: TROUBLES SOMATOFORMES

TROUBLE MULTISOMATOFORME

59. Parmi les symptômes physiques cochés dans le questionnaire destiné au(à la) patient(e) (questions 1 à 15), y en a-t-il au moins trois de nature somatoforme: absence d'une cause physique adéquate pour expliquer leur gravité et l'incapacité qui en découle, en dépit d'un bilan raisonnable?

Oui

Non

Quittez ce module

Note: Si un trouble dépressif majeur ou un trouble panique est également présent, les symptômes physiques qui relèvent de ces entités ne sont pas considérés comme somatoformes (par exemple, les palpitations ou la dyspnée pour le trouble panique ou la fatigue et l'insomnie pour la dépression majeure).

60. Ce(cette) patient(e) a-t-il(elle) éprouvé ces symptômes mal expliqués pendant au moins quelques années?

Oui

Trouble
multisomatoforme

Non

Trouble
somato-
forme non
spécifié par
ailleurs

RÉSUMÉ

Patient(e): _____ N° de dossier: _____

Médecin: _____ Date: _____

RÉSUMÉ DES DIAGNOSTICS

Vérifiez tous les diagnostics posés dans chaque module. Les codes CIM-9 apparaissent entre parenthèses.

☐ Aucun diagnostic

Troubles de l'humeur

- ☐ Trouble dépressif majeur (296.20)
- ☐ Rémission partielle d'un trouble dépressif majeur (296.25)
- ☐ Dysthymie (300.4)
- ☐ Trouble dépressif mineur (311)
- ☐ Trouble bipolaire (diagnostic provisoire) (Si confirmé: 296.50)
- ☐ Trouble dépressif dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue (diagnostic provisoire)
(Si confirmé, et dû à une maladie physique: 293.83)
(Si confirmé, et dû à un médicament ou à une drogue: 292.84)

Troubles anxieux

- ☐ Trouble panique (300.01)
- ☐ Anxiété généralisée (300.02)
- ☐ Trouble anxieux non spécifié par ailleurs (300.00)
- ☐ Trouble anxieux dû à une maladie physique, à un médicament ou à une drogue (diagnostic provisoire)
(Si confirmé et dû à une maladie physique: 293.89)
(Si confirmé et dû à un médicament ou à une drogue: 292.89)

Troubles liés à l'alcool

- ☐ Alcoolisme probable
(Si abus d'alcool confirmé: 305.00)
(Si dépendance à l'alcool confirmée: 303.90)

Troubles de l'alimentation

- ☐ Trouble alimentaire compulsif (frénésie alimentaire) (307.50)
- ☐ Boulimie, type à expulsion (307.51)
- ☐ Boulimie, type sans expulsion (307.51)

Troubles somatoformes

- ☐ Trouble multisomatoforme (300.7)
- ☐ Trouble somatoforme non spécifié par ailleurs (300.7)